

**UNA PERSPECTIVA DE LA REALIDAD SOCIAL Y EL ACTUAL PANORAMA
DE LAS POLITICAS GUBERNAMENTALES Y SOCIALES DE LA POBLACIÓN
DE LA TERCERA EDAD EN COLOMBIA**

JOSÉ LUIS SALCEDO DÍAZ

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE OCCIDENTE
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS ECONOMICAS
PROGRAMA DE ADMINISTRACION
SANTIAGO DE CALI
2014**

**UNA PERSPECTIVA DE LA REALIDAD SOCIAL Y EL ACTUAL PANORAMA
DE LAS POLITICAS GUBERNAMENTALES Y SOCIALES DE LA POBLACIÓN
DE LA TERCERA EDAD EN COLOMBIA**

JOSÉ LUIS SALCEDO DÍAZ

**Proyecto de grado presentado como requisito parcial para optar al título de
Administrador de Empresas**

**Directora:
LOURDES EUGENIA OSORIO BAYTER
Economista**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE OCCIDENTE
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS ECONOMICAS
PROGRAMA DE ADMINISTRACION
SANTIAGO DE CALI
2014**

CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN	8
INTRODUCCIÓN	10
1. ANTECEDENTES	12
2. PROBLEMA DE INVESTIGACION	13
2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
2.2 FORMULACION DEL PROBLEMA	13
3. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO	14
4. OBJETIVOS	15
4.1 OBJETIVO GENERAL	15
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
5. MARCO DE REFERENCIA	16
5.1 MARCO TEÓRICO	16
5.2 MARCO CONCEPTUAL	17
5.3 MARCO LEGAL	19
5.3.1 Los Derechos Humanos.	19
5.3.2 Política Nacional Colombiana de Envejecimiento y Vejez.	20
5.3.2.1 Principios de la política concertada.La Ley Nacional del Plan de Desarrollo 2006-2010	21
5.3.3 La Ley 100 de 1993.	23

5.3.4 Contextualización general.	27
6. METODOLOGÍA	29
6.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	29
6.1.1 Enfoque.	29
7. GENERALIDADES DEL DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN.	30
7.1 RECOPIACIÓN DOCUMENTAL	30
7.1.1 Algunas teorías y coeficientes del envejecimiento	30
7.1.1.1 Introducción.	30
7.1.1.2 Fuentes	30
7.1.2 Teorías bioquímicas y metabólicas.	33
7.1.3. Teorías genéticas.	34
7.1.4 Índices de ancianidad. Esperanza de vida.	34
7.2 PANORAMA SOCIAL DE LAS POLÍTICAS GUBERNAMENTALES Y SOCIALES SOBRE LA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES	36
7.2.1 Enfoque Poblacional	36
7.2.1.1 El envejecimiento poblacional.	36
7.2.2 Enfoque Mundial sobre el envejecimiento	36
7.2.2.1 El Envejecimiento en el mundo.	36
7.2.2.2 Contexto América Latina y Caribe.	37
7.2.3 El Entorno Demográfico Colombiano Una Aproximación al Marco Contextual del Envejecimiento y la vejez.	39
7.2.3.1 Demografía.	41
7.2.3.2 Situación socioeconómica de la población total y adulta mayor en Colombia.	43

7.2.3.3 Condiciones Laborales del adulto mayor en el contexto colombiano.	44
7.2.3.4 Programas del Estado colombiano hacía el adulto mayor	46
7.2.3.5 Atención en Salud	46
7.3 DETERMINACIÓN DE LOS CAMBIOS ECONÓMICOS MÁS RELEVANTES DE LA POBLACIÓN ADULTA EN COLOMBIA	47
7.3.1 Desarrollo Reciente	47
7.3.2 El final de los sesentas y los años setentas.	48
7.3.3 Los años ochenta.	49
7.3.4 Los años noventa.	49
7.4 UN BALANCE DE LAS ACCIONES SOBRE LA RESPONSABILIDAD EN LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR DEL ACTUAL GOBIERNO Y ENTIDADES NO GUBERNAMENTALES	51
7.5 SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL	53
7.5.1 Afiliación y Cobertura del Servicio de Salud.	53
7.5.2 Servicios de salud.	55
7.5.3 Información y Divulgación.	58
7.5.4 Cultura.	60
7.5.5 Recreación y Deportes.	61
7.5.6 Ingresos y Empleo.	61
7.5.7 Base estadística sobre las principales causas de mortalidad y número de población en Colombia.	64
8. CONCLUSIONES	88
BIBLIOGRAFÍA	90

LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Índice de Envejecimiento en América Latina	39
Cuadro 2. Personas que reciben pensiones por edades 2012	63
Cuadro 3. Índice de Envejecimiento y Dependencia en Colombia 2012.	68
Cuadro 4. 20 primeras causas de mortalidad personas mayores	69
Cuadro 5. 20 primeras causas de mortalidad personas mayores	70
Cuadro 6. 20 primeras causas de mortalidad	71
Cuadro 7. 20 primeras causas de hospitalización	72
Cuadro 8. 20 Primeras Causas de Hospitalización	73
Cuadro 9. Recopilación de Información desde el punto de vista legal y económico del actual Sistema de seguridad social y su cobertura al adulto mayor en Colombia.	75

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Colombia. Población total según edad 1950- 2050.	42
Tabla 2. Colombia. Esperanza de vida por sexo, 1950-2050.	42
Tabla 3. Causas Principales de mortalidad en adultos mayor de la Población Colombiana	66

RESUMEN

El envejecimiento poblacional es un fenómeno creciente y evidente en el mundo, más en Latinoamérica y países que presentan deficiencias en la prestación de servicios de salud, protección y seguridad.

Cada vez en el mundo son más numerosas las personas mayores y las personas adultas que están en proceso de envejecimiento, acercándose lentamente a la fase final de sus vidas: La Vejez.

Esta problemática actual da origen a la realización del presente trabajo, el cual mediante capítulos toma el entorno teórico, conceptual, legal y general del tema.

Mediante una metodología enfoca las principales generalidades de la situación actual y las lleva a cifras de las principales instituciones de estadística y regulación del gobierno para la medición de las necesidades básicas satisfechas.

Con relación a los resultados obtenidos se presenta una serie de capítulos, en el que se describe un panorama general del fenómeno del Envejecimiento Poblacional a nivel mundial, de América Latina y de Colombia, información recopilada durante mucho tiempo para llegar a la presentación de los elementos más relevantes que conforman el tema, así como algunas implicaciones sociales, políticas y legislativas que se derivan de su extensión. Como quiera que el envejecimiento por las características de su transcurrir es llamado “la revolución silenciosa del siglo XXI”, se realiza tanto un análisis de las principales teorías como de los aspectos biológicos y psicosociales más relevantes que lo comportan.

Aborda, el tema de responsabilidad social del gobierno mediante la evaluación de las acciones realizadas en los proyectos sociales de afiliación, cobertura, servicios de salud, información y divulgación, cultura, recreación y deporte, ingreso y empleo.

En su parte final, recoge y recopila las conclusiones más contundentes de trabajos de Investigación realizadas y despliega conclusiones desde un enfoque del administrador de empresas actual y su responsabilidad en el tema y dirige a profesionales de distintas disciplinas que se dedican al trabajo educativo con las Personas Mayores la importancia de crear cultura sobre el tema el cual al final de nuestros tiempos será nuestra forma de vida.

Palabras Claves: Tercera edad, personas mayores, envejecimiento, envejecimiento poblacional, vejez.

INTRODUCCIÓN

Es importante considerar la vejez como parte del ciclo de la vida de los seres humanos, además reconocer la importancia que esta juega en la sociedad y como parte esencial del círculo familiar. Los ancianos son la memoria viva, son experiencias, sabiduría y ternura. Pese a estos atributos se puede enunciar que a pesar de los esfuerzos realizados por el gobierno nacional en materia de protección al adulto mayor, según cifras del DANE en el año 2009, actualmente el 80% de los ancianos no reciben pensión, ni pertenecen al sistema de salud. Sin contar con la segregación de la que han sido víctimas por su número de años, en el sector empresarial prefieren no contratar a personas que pasen de determinada edad, el sector financiero no tiene en cuenta a los ancianos para sus servicios crediticios, incluso las aseguradoras no brindan sus servicios de protección para los adultos mayores, situación que hace reflexionar sobre el futuro, los gobiernos alcancen nuevas metas o todo seguirá igual, este es el nuevo panorama de la protección al adulto mayor en Colombia.

Es por eso que se ha decidido realizar un aporte documental de las políticas gubernamentales y el panorama social hacia la población de la tercera edad en Colombia. Todo esto dentro del marco del proyecto de investigación —**VARIABLES DE INFLUENCIA EN LA PREFERENCIA Y LEALTAD DE MARCA, EN RESIDENCIAS DE ADULTOS MAYORES. UN ANÁLISIS SOCIAL COMPARATIVO ENTRE COLOMBIA Y ESPAÑA**” que se lleva a cabo en la Universidad Autónoma de Occidente. Aquí se abordarán temas importantes entorno a las políticas para la protección de la población adulta mayor, además conocer los cambios que ha sufrido con el transcurrir de los años en los aspectos físicos, sociales, psicológicos y financieros.

En una primera parte el trabajo está orientado a recopilar la información correspondiente a Las políticas sociales en Colombia con el objetivo de lograr esbozar un panorama que conduzca a recopilar y analizar información pertinente que aporte a la investigación principal y así lograr identificar el panorama que éstas tienen sobre la administración de las Residencias para adultos mayores y elementos que afecten a éste tipo de población. Se inicia con unos antecedentes sobre la dinámica demográfica; seguido del porqué de la importancia o la justificación de esta investigación; posteriormente se abre un espacio generoso sobre referencias en el tema y así conocer lo existente y lo necesario para ahondar y aportar a la investigación principal.

El resultado presentado es la recopilación de todo el estudio bibliográfico de las diferentes teorías que hace parte del estudio de la población de la tercera edad,

mediante lectura, resumen, análisis y comparación se detalla cada una de las teorías, de esta forma se logra dar realización a los objetivos previamente formulados para el trabajo de investigación, el cual se centró en una perspectiva de la realidad social y el panorama de las políticas gubernamentales y sociales de la población de la tercera edad en Colombia.

La perspectiva final encontrada al elaborar la investigación arroja que no solo es un campo social el cual se debe analizar sino todos los sectores que conforman el sector país y su gobierno, hablar de vejez sin tener en cuenta las últimas reformas al sistema de pensión o hablar de derechos y deberes con la tercera edad sin analizar o comparar nuestro sistema de salud sería elaborar un carrito sin ruedas, es por esto que se recopilan las principales teorías, conceptos, artículos, reformas y leyes del actual sistema para lograr al final un producto el cual presenta conclusiones y recomendaciones propias sobre el tema.

1. ANTECEDENTES

La dinámica demográfica y sus efectos sobre el envejecimiento de la población motivan el desarrollo de acciones de política enmarcadas en el reconocimiento del aumento de la participación porcentual de la población mayor de 60 años dentro de la población total, lo cual genera un nuevo patrón de demandas de bienes y servicios en ámbitos como el cuidado, la salud, la protección al cesante (pensiones y protección al desempleado), mercado laboral e ingresos y entornos físicos y sociales, entre otros. De igual manera convoca a promover desde edades tempranas una visión positiva de la vejez y la importancia de asumir una vida activa y saludable que prevenga las enfermedades crónicas que generan discapacidades en la vejez, se logre un mayor nivel educativo, se fomente el ahorro y la importancia de la previsión social que permita tener una vejez más autónoma, productiva y con mayores niveles de bienestar.

El nuevo patrón de bienes y servicios que se demanda constituyen una oportunidad cuando los gobiernos tienen una mirada de inversión social y no de gasto social, esto implica reconocer la potencialidad de las personas mayores para generar riqueza. Desde esta perspectiva se les considera productivas, transmisoras de experiencia y conocimiento, tienen demandas específicas no atendidas por los mercados. Además, se abre una nueva perspectiva en la formación de capital humano generando nuevas áreas de conocimiento, investigación, trabajo y desarrollo.

Para el caso de América Latina el cambio del patrón en bienes y servicios se ha venido presentando en forma acelerada y heterogénea, ya que mientras en los países de Europa estas transformaciones tomaron por lo menos dos siglos, en la región este proceso se ha dado apenas en cincuenta años como consecuencia de la fuerte disminución en las tasas de fecundidad y mortalidad. Según CELADE en América Latina y el Caribe durante la segunda mitad del siglo XX la esperanza de vida al nacer aumentó de 52 a 70 años y la tasa global de fecundidad disminuyó de 6 a 2,8 hijos por mujer (entre el quinquenio 1950-1955 y 1995-2000) respectivamente, por tanto se presenta un efecto de disminución del crecimiento de la población de 2,7 a 1,6 por ciento anual.

2. PROBLEMA DE INVESTIGACION

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Colombia es uno de los países que está iniciando su política de envejecimiento como pilar de la nueva sociedad, cada vez la población se da cuenta de son mayores los retos para el desarrollo integral de la persona en sus diferentes etapas de vida, etapas que de una forma u otra afectan la sociabilidad, vínculo laboral y estabilidad económica de un persona y un país.

En la actualidad son muchos los cambios y normatividad que se tiene sobre la Población Adulto mayor y sus derechos y deberes, se hace necesario realizar una evaluación o medición de estos cambios para conocer mediante indicadores que tipos de cambio producen de manera positiva o negativa a la población.

No obstante, con el análisis de los nuevos cambios se hace necesario realizar una comparación con los demás países y su forma de afrontar esta situación.

Por último se realiza una recopilación de Información desde el punto de vista legal y económico del actual Sistema de seguridad social y su cobertura al adulto mayor en Colombia, con el objetivo de proponer algunas recomendaciones sobre el tema tomando como comparación las utilizadas en los países con mayor experiencia y efectividad en este campo.

2.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuál es el panorama social que tienen las políticas gubernamentales y sociales sobre la población de adultos mayores en Colombia?

Estas políticas nacionales ¿De qué manera están afectando ya sea positiva o negativamente a la población del adulto mayor? ¿Actualmente se están aplicando las políticas expedidas por el gobierno nacional?, estas preguntas es necesario resolverlas para entender el comportamiento del grupo en cuestión, pues este tipo de acciones modifican el patrón de conducta de la persona dentro de la sociedad.

3. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

—El envejecimiento es el conjunto de transformaciones y o cambios que aparecen en el individuo a lo largo de la vida: es la consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos. Los cambios son bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales”¹

Los cambios sociales, educativos, fisiológicos, psicológicos, financieros son parte fundamental dentro del desarrollo de la vida humana y es importante realizar la comparación de estos con el paso del tiempo, especialmente con el grupo objeto de estudio.

Es necesario conocer el conjunto de políticas nacionales que pretendan buscar el bienestar de la población de adultos mayores en Colombia, y saber de qué forma estas políticas impactan socialmente a la población, dado que este tipo de acciones se reflejan en el comportamiento del consumidor.

—La Constitución Política de 1991, establece en Colombia que el Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas adultas mayores y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria, al tiempo que se considera deber del Estado garantizar los servicios de seguridad social integral a todos los ciudadanos.”²

El gobierno nacional mediante sus políticas sociales busca la protección de los derechos fundamentales de los ciudadanos, en especial de las poblaciones vulnerables, en el caso de los adultos mayores cuentan con una política nacional de envejecimiento y vejez que busca garantizar condiciones de protección integral.

¹CASTANEDO P., Cristina; GARCÍA HERNÁNDEZ, Misericordia; NORIEGA B., María José; QUINTANILLA MARTÍNEZ, Manuel. Consideraciones Generales sobre el envejecimiento. [consultado 03 octubre de 2013]. Disponible en internet: <http://www.arrakis.es/seegg/pdf/libro/cap.1.pdf>.

²MINISTERIO DE SALUD Y LA PROTECCIÓN SOCIAL. Política nacional de envejecimiento y vejez. [consultado 03 octubre de 2013]. Disponible en Internet: <http://minsalud.gov.co/proteccionsocial/Documents/Politica.pdf>

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Contribuir con información pertinente y veraz acerca del panorama social de las políticas gubernamentales y sociales sobre la población de adultos mayores en Colombia.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Enumerar las principales teorías del envejecimiento actualmente y enumerar los índices que la afectan.
- Identificar las políticas de apoyo gubernamental en los principales temas de cobertura hacia el adulto mayor en el periodo 2007-2013
- Documentar algunas de las estrategias gubernamentales existentes frente a las establecidas por los organismos internacionales frente a la población adulta.
- Determinar los cambios económicos más relevantes de la población adulta en Colombia proyectados en la política nacional de envejecimiento y vejez 2007-2019
- Realizar un esbozo estadístico sobre las principales causas de mortalidad y número de población en Colombia.
- Enumerar mediante los estudios existentes los factores que afectan el envejecimiento de la población en Colombia
- Enumerar los principales temas que estructuran la legislación básica actual del sistema de seguridad social y su cobertura al adulto mayor en Colombia y desde el punto de vista económico evaluar los temas de amparo y protección.

5. MARCO DE REFERENCIA

5.1 MARCO TEÓRICO

POLÍTICA NACIONAL DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ, Ministerio de la Protección Social, es el documento Nacional expedido en Diciembre del año 2007 por el Ministerio de la Protección Social en Colombia para el periodo comprendido entre el año 2007 y el año 2019, en el cual se presenta la Política concertada entre los diferentes actores involucrados en la temática de envejecimiento y vejez, después de un proceso de análisis, discusión.

LA NUEVA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, Universidad Complutense de Madrid. Instituto Universitario Ortega y Gasset, este documento hace una explicación clara de conceptos de Administración Publica requeridos para la investigación.

DETERMINANTES DE LA CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA POR LOS ANCIANOS DE UNA RESIDENCIA DE TERCERA EDAD EN DOS CONTEXTOS SOCIOCULTURALES DIFERENTES, ESPAÑA Y CUBA. Julio Jorge Fernández Garrido. Este es una Tesis doctoral realizada para el Departamento de Antropología Social de la Universidad de Valencia (España), donde se hace un análisis de los determinantes de percepción de calidad de vida de la población de la tercera edad en dos entornos socioculturales, económicos y políticos totalmente opuestos.

LA DIRECTRIZ DE ENFOQUE DIFERENCIAL PARA EL GOCE EFECTIVO DE DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE DESPLAZAMIENTO FORZADO. Ministerio de la Protección Social. Este documento ofrece ~~recomendaciones~~ recomendaciones técnicas y guías metodológicas para la organización y operación de las acciones que garanticen un goce efectivo de los derechos de las personas mayores en situación de desplazamiento, en todos los componentes y dinámicas que establece la política pública actual. Brinda un contexto de base jurídica de los derechos de las personas mayores en situación de desplazamiento, evidencia aspectos centrales de la situación de las personas mayores en situación de desplazamiento en Colombia a la fecha de su elaboración, identifica y propone una estructura de riesgos, afectaciones y vulneraciones de los derechos de los mayores de 60 años, derivados del conflicto

armado, los cuales transforman de manera significativa y emblemática las condiciones de vida de esta población”³.

5.2 MARCO CONCEPTUAL

ENVEJECIMIENTO —El envejecimiento es el conjunto de transformaciones y/o cambios que aparecen en el individuo a lo largo de la vida: es la consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos. Estos cambios son: bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales”⁴

GERONTOLOGÍA —Esa ciencia que estudia el proceso de envejecimiento de los seres vivos y de la persona en particular desde todos sus aspectos: biológicos, psicológicos, socio-económicos y culturales.”⁵

GERONTOLOGÍA - TERMINOLOGIA

- . GERON: Anciano, viejo (Griego)
- . LOGOS: Palabra, ciencia (Griego)

POLÍTICAS PÚBLICAS —Las políticas públicas son el conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar los problemas que en un momento determinado los ciudadanos y el propio gobierno consideran prioritarios”⁶

POLÍTICA SOCIAL —Se define a la política social como la forma que por medio de estrategias y políticas concretas tiene el Estado para construir una sociedad cohesionada y equitativa. En una perspectiva de mayor equidad e integración social, la política social tiene como fin principal facilitar la convergencia entre los intereses individuales y los intereses comunes de la sociedad”⁷

³MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Directriz de enfoque diferencial para el goce efectivo de derechos de las personas mayores en situación de desplazamiento forzado.

⁴CASTANEDO; GARCÍA HERNÁNDEZ; NORIEGA B.; QUINTANILLA MARTÍNEZ, Op. Cit.

⁵ Ibíd.

⁶BAÑON, Rafael; CARRILLO, Ernesto. La nueva administración pública. [en línea]. Disponible en: www.usal.es/~dpublico/areacp/materiales/6.3.nuevasperspectivas.pdf

⁷CEJA MENA, Concepción. La política social mexicana de cara a la pobreza, Geo Crítica Scripta Nova, Revista electrónica de geografía y ciencias sociales, Universidad de Barcelona, Vol. VIII, núm. 176, 1 de noviembre de 2004, p. 1

Gerontología biológica: Estudia las alteraciones y cambios morfológicos, fisiológicos, bioquímicos y funcionales.⁸

Gerontología social: Estudia a la persona como un ser integral, teniendo en cuenta el medio ambiente, la situación socioeconómica y familiar donde vive, etc.

Geriatría

Rama de la Medicina que se ocupa del estudio, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades agudas y crónicas del anciano, y además de su recuperación y rehabilitación. La Geriatría es una especialidad como contenido integral, que pretende llegar a todos los ancianos.⁹

- . Sanos y enfermos.
- . Con procesos agudos y crónicos.
- . Enfermos, físicos y mentales.
- . En su problemática socio-familiar y comunitaria.

GERIATRÍA - TERMINOLOGIA

- . GERON: Anciano, viejo (Griego).
- . IATRIA: Curar (Griego).

VEJEZ

La vejez es un estado caracterizado por la pérdida de capacidad de la persona para adaptarse a los factores que influyen en ella. El envejecimiento es el conjunto de transformaciones y/o cambios que aparecen en el individuo a lo largo de la vida: es la consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos. Estos cambios son: bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales. La edad efectiva de una persona puede establecerse teniendo en cuenta diversas consideraciones que nos permiten diferenciar cuatro tipos de edades: Edad cronológica, Edad fisiológica, Edad psíquica y Edad social.¹⁰

⁸CASTANEDO PFEIFFER, Cristina; SARABIA COBO, Carmen María. Enfermería en el Envejecimiento. [consultado 03 octubre de 2013]. Disponible en Internet: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/enfermeria-en-el-envejecimiento/materiales/temas-pdf/Tema%201%20Biologia%20del%20envejecimiento.pdf>

⁹ Ibíd., p.1.

¹⁰ Ibíd., p. 2.

. **EDAD CRONOLÓGICA.** Se define por el hecho de haber cumplido un determinado número de años; respecto de la vejez se ha convenido hasta el momento, los 65 años. Es objetiva en su medida ya que todas las personas nacidas en la misma fecha comparten idéntica edad cronológica. La ventaja de la objetividad de la edad cronológica se vuelve inconveniente al comprobar el impacto diferente del tiempo para cada persona. La edad constituye un dato importante pero no determina la condición de la persona, pues lo esencial no es el transcurso del tiempo sino la calidad del tiempo transcurrido, los acontecimientos vividos y las condiciones ambientales que lo han rodeado.¹¹

. **EDAD FISIOLÓGICA.** Definida por el envejecimiento de sus órganos y tejidos, es decir, la afectación física del individuo. Los cambios orgánicos se producen de forma gradual: lentos e inapreciables al comienzo del proceso, hasta que afectan el normal desarrollo de las actividades de la vida diaria o interfieren en ellas.

. **EDAD PSÍQUICA.** Es difícil establecer las diferencias a nivel psíquico entre los individuos de edad madura y los individuos ancianos. Los acontecimientos externos de la vida de cada persona, sociales y afectivos, hacen reaccionar a cada una según su personalidad, circunstancias y experiencia vital.

. **EDAD SOCIAL.** Establece el rol individual que se debe desempeñar en la sociedad. Esta forma de clasificar puede considerarse discriminatoria ya que no tiene en cuenta las aptitudes y actitudes personales frente a la resolución de las actividades de la vida diaria. Sin embargo, los límites de la edad social cambian según las necesidades económicas y políticas del momento.¹²

5.3 MARCO LEGAL

5.3.1 Los Derechos Humanos. Una política pública orientada hacia un grupo específico está reconociendo la vulnerabilidad de los derechos del grupo, en este caso de las personas mayores. La política, reconoce nuevamente los derechos y les da vigencia, crea condiciones para promover y garantizar condiciones de protección social integral, de inclusión social y para que todas las personas mayores participen como ciudadanos, en la construcción de un proyecto colectivo de equidad social en el país. La Constitución Política Colombiana, los instrumentos internacionales de derechos humanos y la jurisprudencia

¹¹ Ibíd., p.10.

¹² Ibíd., p.11.

constitucional, se constituyen en el marco legal de los derechos humanos en nuestro país. Sólo a partir de 1990 se habla de los derechos humanos de las personas mayores, expresado en los países a través de desarrollos normativos: —Las personas mayores se constituyen en sujetos especiales de derechos”.

Los derechos humanos expresan una responsabilidad compartida entre diferentes actores sociales, incluido el Estado; evidencian tanto responsabilidades como deberes. La aplicación de los mandatos constitucionales en torno a los derechos humanos exige tanto de los organismos del estado como garantes de derechos, como de la sociedad civil y la familia como corresponsables, el aseguramiento de las condiciones materiales y normativas que garanticen el pleno ejercicio de los mismos en todo el país. En general los derechos humanos son:

- **Universales**, esto es, pertenecen a todo ser humano en cualquier sociedad, sin distinción de sexo, raza, edad, clase social, origen étnico o religioso,

- **Imprescriptibles**, es decir que no se pierden con el transcurso del tiempo que sigue vigente.

- **Innatos e irrenunciables**, dado que las personas nacemos con ellos y que su existencia deriva de la propia naturaleza humana, se constituyen en un mandato constitucional, realizable, en las obligaciones tanto de efecto inmediato como progresivo. Implica el compromiso de todos los estamentos del Estado y de la sociedad civil en garantizar el acceso, la disponibilidad, la aceptabilidad y la calidad de todas las acciones que hagan efectiva la preservación de los mismos.

El Estado Colombiano ha adquirido el compromiso de formular políticas públicas orientadas al efectivo ejercicio de los derechos humanos, con las implicaciones que esto conlleva, en términos de disponibilidad de recursos, planes y programas que orienten las acciones del estado y la sociedad civil en pos del cumplimiento de las obligaciones.¹³

5.3.2 Política Nacional Colombiana de Envejecimiento y Vejez. La Ley Nacional del Plan de Desarrollo 2006-2010 (Ley 1151 de julio de 2007), en sus artículos 155 y 156 determina que el Ministerio de la Protección Social, debe llevar a cabo el proceso de definición y desarrollo de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez mediante el aseguramiento de la pensión para esta

¹³ Ibíd.,p.11.

población. Dicho proceso se ha venido realizando desde el año 2003, con la participación de múltiples grupos de interés, como: la academia, la sociedad civil organizada a través de asociaciones de personas mayores, instituciones prestadoras de servicios sociales y de salud para las personas mayores, las diferentes instancias del gobierno como los ministerios, los institutos descentralizados, profesionales independientes, investigadores y estudiosos del tema, así como las entidades territoriales del orden municipal, distrital y departamental. Se recoge en el diseño de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez todos los insumos presentados en las relatorías de las mesas de trabajo que se han realizado de 2003 a 2006, las recomendaciones de las diferentes Asambleas Mundiales sobre Envejecimiento y de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS), la revisión exhaustiva de la bibliografía relacionada con las políticas dirigidas a las personas mayores en el mundo y en América, las iniciativas normativas desarrolladas en el país, así como el interés fundamental del Estado Colombiano de atender integralmente las necesidades de las personas mayores y del proceso de envejecimiento. En este documento se presenta la Política concertada entre los diferentes actores involucrados en la temática de envejecimiento y vejez, después de un proceso de análisis, discusión y acuerdos entre los participantes. Esta Política expresa el compromiso del Estado Colombiano con una población que por sus condiciones y características merece especial atención. Se plantea fundamentalmente, una visión de futuro con el proceso de envejecimiento, y acciones a corto, mediano y largo plazo para la intervención de la situación actual de la población adulta mayor

La Política Nacional de Envejecimiento y Vejez se enmarca en cuatro aspectos conceptuales de gran trascendencia en los compromisos del Estado: El envejecimiento biológico y su relación con el envejecimiento demográfico, los derechos humanos, el envejecimiento activo y la protección social integral.

5.3.2.1 Principios de la política concertada. La Ley Nacional del Plan de Desarrollo 2006-2010 (Ley 1151 de julio de 2007), determina que el Ministerio de la Protección Social, debe llevar a cabo el proceso de definición y desarrollo de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez (formulado y presentado por Susana HelferVogel y el Ministro Diego Palacio Betancourt), donde se formula los principales principios de la política como son:

- **Universalidad:** La política Nacional de Envejecimiento y vejez está dirigida a toda la población.

- **Equidad:** La Política Nacional se aplicará a toda la población, sin distinción de sexo, grupo étnico, condición social. El término equidad proviene de la palabra en

latín —**aé**quitas”, el que se deriva de —**aé**quus” que se traduce al español como igual.

“El concepto de equidad se relaciona con aquello que llamamos justo y por lo tanto su significado depende de los valores o enfoques de la sociedad, justicia social, que adopten los individuos, grupos o gobiernos” (Barr, 1993)¹⁴. La inequidad hace referencia —**a** las diferencias que se pueden evitar, que no son necesarias y que son consideradas injustas”¹⁵

- **Dignidad:** Es el respeto al que se hace acreedor todo ser humano. La población es digna en sí misma, no por su utilidad, ni por su capacidad, ni por su productividad, ni por la percepción de los demás¹⁶.

- **Solidaridad intergeneracional.** Hace Referencia al apoyo que se da entre las generaciones con el propósito de protegerse entre sí, grupos de la población. Se mueve en el espacio de la justicia social y exige reciprocidad. Promueve las interrelaciones entre personas mayores, jóvenes, niños, favoreciendo un trato digno, respetuoso, y una imagen positiva de la vejez. Es la determinación firme y perseverante de empeñarse por el bien de todos y de cada uno, para que todos seamos responsables de todos.

- **Justicia Social Distributiva:** Hace referencia a los máximos beneficios al mayor número de personas, beneficiando a los que tienen menos ventajas¹⁷

- **Participación social:** Es un derecho humano universal, —Se siente la participación social como una forma de influir sobre las decisiones que se toman y de mejorar la calidad de las mismas”¹⁸son también las acciones individuales y colectivas que pretenden promover y lograr transformaciones sociales, realizadas por las personas mayores a nivel individual y colectivo. Estas acciones en diferentes campos de interés.

¹⁴VARGAS, I.; VÁSQUEZ, M. L.; JANE. Equidad y Reformas de los Sistemas de Salud en Latinoamérica. Cuadernos de Salud Pública. Río de Janeiro 18, (4) 928 julio agosto de 2002

¹⁵BERLINGUER, Giovanni. Bioética Cotidiana. Primera edición. Ed. Siglo Veintiuno editores. Florencia. 2000 Pág. 93

¹⁶ARANGO, Victoria Eugenia. Dilemas Éticos en la enfermedad de Alzheimer. Tesis de Grado Maestría Bioética Clínica. Universidad El Bosque. Pág. 32

¹⁷ Ibíd., p. 33

¹⁸CELADE/CEPAL/UNFPA/OPS/BID/OIT. Reunión de Expertos sobre Envejecimiento en países de América del Sur. Seguimiento de la Estrategia Regional para la implementación del Plan Internacional sobre el Envejecimiento Madrid 2002. Los Movimientos Sociales y la Participación Social de las personas Mayores Buenos Aires, noviembre 14-15 de 2005. Pág. 3

- **Enfoque diferencial:** Hace referencia a la orientación de la política, con acciones afirmativas hacia un grupo especial de población que requiere especial atención con el propósito de eliminar las desigualdades sociales.

5.3.3 La Ley 100 de 1993. La reglamentación del mandato constitucional desembocó en la expedición de la Ley 100 de 1993 que ha constituido uno de los pasos en la conformación de un sistema de seguridad social integral en el país, para favorecer en especial la atención en salud de las personas de la tercera edad y asegura el ingreso de una parte de la población de una pensión para la vejez a las generaciones más jóvenes que avanzan en su proceso de envejecimiento. Con ella se buscó reorganizar los sistemas de salud, pensiones y riesgos laborales para ampliar la oferta de las instituciones que brindan estos servicios o administran recursos de cotizaciones, bajo los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

Con esta Ley, se abandona la idea del seguro selectivo para los trabajadores y la seguridad social adquiere una concepción más universal al proveer un mínimo de protección a las personas independientemente de que contribuyan o no al sistema. Desde la expedición de dicha Ley, el desarrollo de la política se ha involucrado en diversas entidades y programas en los ámbitos nacional, regional y local, buscando cubrir la atención de dicha población en diversas dimensiones, entre ellas la nutrición, la salud, la educación, la cultura, la recreación y el deporte y, el desarrollo de actividades productivas que contribuyan en el sostenimiento de los ingresos.

A su vez, el libro IV de esta Ley y los decretos reglamentarios, establecen a través de un auxilio, un esquema de atención para el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas mayores de 65 años y de 50 años en condición de discapacidad o indígenas en indefensión que se encuentran en condiciones de extrema pobreza e indigencia. Se establece la obligación para el Estado del reconocimiento de un auxilio para cubrir los costos de los servicios de salud y complementarios, así como para financiar el sistema.

En esa forma se garantiza un mínimo calórico a los adultos mayores, expresado en mercados, raciones o comidas servidas y servicios complementarios con la realización de actividades de educación, cultura, recreación, deporte y ocio productivo. Este programa se cofinancia con recursos del gobierno nacional y de

los entes territoriales y cubre a cerca de 70.000 adultos mayores en extrema pobreza o indigencia de todo el país, desde 1994¹⁹

En forma simultánea, en junio de 1995 se somete a consideración al Consejo Nacional de Política Económica, los lineamientos de política relativa a la atención al envejecimiento y a la vejez de la población colombiana y en especial a las personas mayores. Con el desarrollo de esta política se buscó compartir dicha responsabilidad entre las organizaciones gubernamentales de todo orden, las no gubernamentales y la sociedad civil.

Esta Ley permitió reorganizar el Sistema, facilitó el aumento de la cobertura en salud y pensiones a través del régimen subsidiado, pero con dificultades para el cumplimiento de la meta propuesta que era alcanzar la cobertura total en salud para el año 2000 y a la fecha solo va en un 50 %.²⁰

En pensiones la situación es aún más crítica según los cálculos Departamento Nacional de Planeación –Dirección de Desarrollo Social –Dirección de Estudios Económicos DNP-DDS-DEE para el año 2012 registra el porcentaje de personas que reciben pensión por edad en Colombia, puesto que de la población económicamente activa, solo un 24 % se encuentra afiliada al sistema pensional.

El Ministerio de Trabajo y Seguridad Social a su vez con relación a la mujer mayor, ha hecho una aproximación de diagnóstico a su situación actual en lo que tiene que ver con su identidad de género, actividades y ubicación geográfica y definió programas específicos en el tema de salud sexual y reproductiva para tener una mejor calidad de vida y fomento en la participación de la microempresa para las mujeres cabeza de familia.

Inicia su desarrollo con el nombre de Revivir, hoy en día se identifica como el Programa de Atención Integral para Adultos Mayores

En la actualidad la Consejería para la Equidad de la Mujer formuló y presentó un proyecto de ley por medio del cual se adoptan medidas por parte del Estado y la sociedad civil para garantizar la equidad y la igualdad de oportunidades de la

¹⁹Inicia su desarrollo con el nombre de Revivir, hoy en día se identifica como el Programa de Atención Integral para Adultos Mayores.

²⁰CELADE/CEPAL/UNFPA/OPS/BID/OIT. Reunión de Expertos sobre Envejecimiento en países de América del Sur. Seguimiento de la Estrategia Regional para la implementación del Plan Internacional sobre el Envejecimiento Madrid 2002. Los Movimientos Sociales y la Participación Social de las personas Mayores Buenos Aires, noviembre 14-15 de 2005. Pág. 3

mujer Colombiana. En general propone mejorar e incrementar el acceso y la participación de las mujeres en los servicios de salud integral, sexual y reproductiva y a la seguridad social en salud durante todo el ciclo vital, incluyendo la salud de las niñas y las adultas de todas las edades.

Además, la Consejería se encuentra ejecutando en 35 ciudades colombianas el proyecto —Apoyo a Mujeres Cabeza de Familia de estrato I y II en zonas urbanas—. Estos contienen dos componentes: uno financiero dirigido al fortalecimiento de microempresas constituidas y dirigidas por mujeres cabeza de familia y, otro, de carácter educativo, para capacitar en aspectos técnicos, socio afectivos y de autocuidado de la salud de las mujeres y sus familias.

Por último, ante la alta prevalencia de morbilidad y mortalidad por causa del cáncer femenino, la Consejería estableció una carta convenio con el Instituto Nacional de Cancerología para la realización de estudios, diagnósticos y atención precoz que en la actualidad se está implementando.

ENVEJECIMIENTO ACTIVO

Este eje de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez formulada en diciembre del 2007 para el periodo de 2007 al 2009, se fundamenta en una visión de futuro, con el que se pretenden crear las condiciones para una vida digna, larga, y saludable en condiciones de seguridad social integral para toda la población. Es un eje con visión de largo plazo, que debe permitir al país actuar en forma oportuna ante el crecimiento del índice de envejecimiento poblacional; pretende este Eje que el aumento de la población de mayores de 60 años, no se considere como una tragedia social y económica. Es un proceso evidente, que trae consigo múltiples retos al país para garantizar mejores condiciones de vida a las personas mayores. Las estrategias que desarrollarán el Eje de Envejecimiento activo se constituyen en un núcleo central fundamentado en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, pretende garantizar autonomía y desarrollo de capacidades y potencialidades de las personas. Esta línea está dirigida a toda la población, busca fomentar estilos de vida saludables y lograr cambios en los hábitos de las personas para garantizar calidad de vida a través de todas las etapas del ciclo de vida; pretende mantener a la población sana y productiva. Busca influir en los currículos de la educación básica, media y de formación profesional en el área de la salud, ciencias sociales, y otras afines arquitectura, ingeniería para la inclusión de contenidos para el desarrollo de capacidades y competencias para el auto cuidado, de planificación en poblaciones que envejecen, de ciudades amables y seguras para los ciudadanos, desmitificación de la vejez como problema y la creación y consolidación una cultura de la salud. Promover espacios y entornos saludables para la población, crear ambientes seguros para todos, crear una cultura que provea espacios reales de inserción de

la población adulta mayor sin discriminación, superar los estereotipos de la vejez y crear un imaginario positivo de la vejez. El gran reto es crear una sociedad inclusiva para todos.²¹

Población objeto de la política

La Política Nacional de Envejecimiento y Vejez está dirigida a todas las personas mayores de 60 años residentes en Colombia, con prioridad en aquellos que se encuentran en situación de extrema pobreza y vulnerabilidad social.²²

Trazabilidad de las Políticas Gubernamentales

Incidir de manera activa, sobre las condiciones de desarrollo social, económico y cultural de los individuos, la familia y la sociedad, como medio para propiciar que las personas mayores de hoy y del futuro alcancen una vejez digna, saludable, integrada, dentro del marco de la promoción, prevención y restitución de los derechos humanos.

Crear condiciones para el envejecimiento de la población, entendido como el derecho de toda la población a una vida digna, larga y saludable, reconociendo la trascendencia de la corresponsabilidad individual, familiar y social en este proceso.²³

EJES DE LA FORMULACION DE LA POLÍTICA NACIONAL DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ

Eje 1. Promoción y garantía de los derechos humanos

Eje 2. Protección social integral

Eje 3. Envejecimiento activo

Eje 4. Formación de recurso humano y gestión de la investigación

Eje 1. Promoción y garantía de los derechos humanos de las personas mayores

Líneas Estratégicas

-. Participación e integración social de las personas mayores para un ejercicio efectivo de la ciudadanía

²¹ Ley 1151 Julio 24 de 2007 Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010

²² Ibid., p.18.

²³ Ibid., p.18.

- Información, educación y comunicación de los derechos y deberes para las personas mayores
- Protección legal y gestión normativa
- Evaluación y monitoreo del cumplimiento de los Derechos Humanos

Eje 2. Protección Social Integral

Líneas Estratégicas

- Seguridad en el ingreso
- Seguridad social en salud
- Promoción y asistencia social
- Seguridad alimentaria y nutricional
- Vivienda digna y saludable

Eje 3. Envejecimiento Activo

Líneas Estratégicas

- Creación de espacios y entornos saludables
- Creación de una cultura del envejecimiento
- Promoción de hábitos y estilos de vida saludables

Eje 4. Formación de recurso humano y gestión de la investigación

Líneas estratégicas

- Formación de recurso humano
- Gestión de la investigación

5.3.4 Contextualización general. El mundo está envejeciendo, en los próximos 50 años se va casi a cuadruplicar el número de adultos mayores, pasando de unos 600 millones a casi 2.000. Se plantea entonces en un mundo globalizado y en envejecimiento, la necesidad de exhortar a los Gobiernos a asumir una posición crítica con relación a las políticas aplicadas actualmente, con el propósito de introducir los cambios necesarios para permitir que el desarrollo promueva el bienestar de todas las personas.

En tal sentido, es claro que el crecimiento de la economía se convierte en una condición indispensable para el desarrollo, no obstante se ha constatado que el

crecimiento por sí solo no mejora la calidad de vida de todas las personas, sino que éste debe ser además de sostenible, sobretodo inclusivo.²⁴

²⁴Ibíd.,p 25

6. METODOLOGÍA

6.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El proyecto de investigación se llevara a cabo mediante una investigación documental y exploratoria, donde podamos resolver la pregunta: ¿Cuáles son las políticas gubernamentales y sociales existentes sobre la población de adultos mayores en Colombia?

Esta investigación se caracteriza por la recolección, selección, y análisis de documentos para la presentación de resultados coherentes. Se realizara un análisis de contenido de todos aquellos documentos que contengan información o referencias sobre las políticas gubernamentales y sociales para la protección del adulto mayor. La selección de estas fuentes secundarias se obtendrá de la revisión de libros, documentos de naturaleza teórica, metodológica, técnica y profesional.

Se analizara información de tipo primaria y secundaria que nos permitirá recopilar adecuadamente datos de fuentes documentales que posibiliten evidenciar situaciones, plantear problemas para la investigación principal en el marco del proyecto de investigación —**VARIABLES DE INFLUENCIA EN LA PREFERENCIA Y LEALTAD DE MARCA, EN RESIDENCIAS DE ADULTOS MAYORES. UN ANÁLISIS SOCIAL COMPARATIVO ENTRE COLOMBIA Y ESPAÑA**—

6.1.1 Enfoque.La investigación es de tipo documental se realizó mediante un enfoque cualitativo el cual por medio de la recolección de datos que no son cuantitativos busca describir una realidad o un hecho.

7. GENERALIDADES DEL DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN.

7.1 RECOPIACIÓN DOCUMENTAL

7.1.1 Algunas teorías y coeficientes del envejecimiento

7.1.1.1 Introducción. Con este apartado se recopila algunas teorías encontradas sobre las teorías y coeficientes del envejecimiento, con el fin de darle un contexto más amplio y conducente a realizar el análisis.

7.1.1.2 Fuentes

Son varias las teorías, factores, índices y documentos científicos que describen y conceptualizan el tema del envejecimiento, recopilada la información se presentan los más generales sobre el tema investigado.

***TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO**

Desde un punto de vista biológico, se define el envejecimiento como “la serie de modificaciones morfológicas, bioquímicas y funcionales que aparecen como consecuencia de la acción del paso del tiempo sobre los seres vivos”. Este campo de la biología se denomina biogerontología.²⁵⁻²⁶⁻²⁷⁻²⁸

El envejecimiento biológico es un fenómeno considerado universal, es decir que afecta a todos los seres vivos, pero que no ha sido demostrado más que en los seres humanos, en los animales domésticos y en los animales que viven en cautividad (zoológico). El envejecimiento biológico es un proceso de cambio del organismo que, con el tiempo, disminuye la probabilidad de supervivencia y

²⁵ CASTANEDO PFEIFFER, Cristina. Consideraciones generales sobre el envejecimiento. Universidad de Cantabria Consideraciones generales sobre el envejecimiento.

²⁶ MARTI, José. Caracterizar la calidad de vida de los adultos mayores del Grupo Básico de Trabajo Villa I (Cuba). [consultado 05 octubre de 2013]. Disponible en Internet: <http://www.monografias.com/trabajos94/caracterizar-calidad-vida-adultos-mayores-del-grupo-basico-trabajo-villa-i-cuba/caracterizar-calidad-vida-adultos-mayores-del-grupo-basico-trabajo-villa-i-cuba.shtml#ixzz2qlwRIA9X>

²⁷ BARNET, Astrid. El adulto mayor nunca envejece en Cuba. [consultado 05 octubre de 2013]. Publicada el 19 de mayo de 2008. Disponible en Internet: <http://www.radiorebelde.cu/noticias/ciencia/ciencia1-190508.html>

²⁸ GERICUBA. Red Cubana de Gerontología y Geriatria. [en línea]. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/gericuba/>

reduce la capacidad fisiológica de autorregulación, de reparación y de adaptación a las demandas ambientales.

***FACTORES QUE AFECTAN AL ENVEJECIMIENTO BIOLÓGICO**

El proceso del envejecimiento, normalmente progresivo, se ve afectado de diferentes maneras en los distintos individuos de acuerdo a diversos factores, tanto endógenos, sobre los que no podemos actuar (la edad, el sexo, la raza, factores genéticos, etc.), como exógenos, sobre los que sí podemos influir a través de medidas preventivas que traten de evitar los factores nocivos que acortarán la esperanza de vida de la población anciana.²⁹

***NIVELES DE ENVEJECIMIENTO EN LA CELULAR DEL ORGANISMO.**

Las causas que influyen sobre el envejecimiento de los organismos pluricelulares pueden ser muy variadas, según actúen sobre:

- Las moléculas y células, individualmente consideradas.
- Los componentes extracelulares.
- Las interrelaciones entre las distintas células jerarquizadas.

Los estudios a nivel celular comenzaron a desarrollarse con Alex Carrel, premio Nobel, que cultivó “*in vitro*” una población de fibroblastos (células con gran capacidad de división) durante más de treinta años, postulando que las células individuales no jugarían ningún papel en el fenómeno del envejecimiento.

Esta teoría fue desmentida posteriormente por Hayflick y Moorhead, que determinaron que el número de duplicaciones era inversamente proporcional a la edad del donante. En la actualidad hay más de 300 teorías sobre las causas del envejecimiento y su número continúa aumentando. Cualquier teoría sobre el envejecimiento debe explicar no sólo el mecanismo de desarrollo de un ser vivo y su eventual muerte, sino principalmente las variaciones evolutivas de su vida y las

²⁹ CASTANEDO PFEIFFER, Cristina. Consideraciones generales sobre el envejecimiento. Universidad de Cantabria Consideraciones generales sobre el envejecimiento.

razones por las que el envejecimiento tiene diferentes parámetros en distintas especies, tejidos, órganos y células.³⁰⁻³¹⁻³²⁻³³

***TEORÍAS FISIOLÓGICAS**

Dentro de este apartado se engloban varias teorías que tratan de explicar el proceso de envejecimiento apoyándose en mecanismos fisiológicos:

. La teoría del deterioro orgánico (wear and tear), que explicaría el proceso desde el punto de vista del deterioro de los sistemas por su utilización a lo largo del tiempo.

Sistemas que afectan a todas las células corporales y cuya disminución funcional causa modificaciones generales en el organismo, como el sistema cardiovascular, el sistema endocrino o el sistema nervioso.

Las alteraciones de los mecanismos fisiológicos de la homeostasis, en sistemas tan relevantes como los mencionados, incapacitan al organismo en su conjunto para responder a los cambios medioambientales. La pérdida de mecanismos de adaptación celular, o bien la pérdida de células irremplazables, sería uno de los tipos de agentes causales del deterioro.³⁴

. La teoría inmunobiológica, que explica el fenómeno desde el punto de vista del deterioro del sistema inmunitario, ya que en el mismo se ha observado una disminución de la capacidad de las células de defensa para producir anticuerpos, con la consiguiente disminución de la respuesta inmune de los organismos frente a los agentes externos. Este hecho se pone de manifiesto con la relación establecida entre los tumores malignos y la edad, existiendo una disminución de respuesta por parte de las células de defensa frente a los estímulos proliferativos.³⁵

³⁰ CASTANEDO PFEIFFER, Cristina. Consideraciones generales sobre el envejecimiento. Universidad de Cantabria Consideraciones generales sobre el envejecimiento.

³¹ MARTI, José. Caracterizar la calidad de vida de los adultos mayores del Grupo Básico de Trabajo Villa I (Cuba). [consultado 05 octubre de 2013]. Disponible en Internet: <http://www.monografias.com/trabajos94/caracterizar-calidad-vida-adultos-mayores-del-grupo-basico-trabajo-villa-i-cuba/caracterizar-calidad-vida-adultos-mayores-del-grupo-basico-trabajo-villa-i-cuba.shtml#ixzz2qlwRIA9X>

³² BARNET, Astrid. El adulto mayor nunca envejece en Cuba. [consultado 05 de octubre de 2013]. Publicada el 19 de mayo de 2008. Disponible en Internet: <http://www.radiorebelde.cu/noticias/ciencia/ciencia1-190508.html>

³³ GERICUBA. Red Cubana de Gerontología y Geriatria. [en línea]. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/gericuba/>

³⁴ Ibid., p.23.

³⁵ Ibid., p.23.

. La teoría del estrés, para la cual las pérdidas en la capacidad de respuesta del organismo serían el resultado de la tensión a la que nos vemos sometidos durante la existencia.

7.1.2 Teorías bioquímicas y metabólicas. El paso del tiempo produce cambios en las moléculas y en los elementos estructurales de las células que darán lugar a la alteración de sus funciones.²⁸

. Teoría de la acumulación de productos de desecho. Se observa que con el paso del tiempo se van acumulando diversos cuerpos pigmentados, como la lipofucsina, en el interior de las células, especialmente en las células que no se dividen como las neuronas o las fibras musculares estriadas; estos productos a la larga afectarían a las funciones celulares.

. Teoría de las interconexiones o del entrecruzamiento (Cross-linking). Esta Teoría se fundamenta en que con la edad se producen alteraciones por uniones de naturaleza fuerte o débil entre dos o más moléculas; aunque individualmente consideradas son uniones reversibles, se irían acumulando con el tiempo y producirían la alteración de funciones fisiológicas celulares. Las interconexiones llevarían aparejado un aumento de la viscosidad de dicho medio, siendo por tanto afectado el flujo de nutrientes y la eliminación de productos de desecho.

. Teoría de los radicales libres de oxígeno. Esta teoría, postulada por Denham Harman, se basa en que los radicales libres producidos en las vías metabólicas de organismos aerobios están implicados en el envejecimiento. Una de las comprobaciones experimentales de esta teoría, todavía en desarrollo, se fundamenta en el control de la producción de radicales libres mediante la manipulación de la dieta. Dietas hipocalóricas con poca producción de radicales libres disminuyen la aparición de determinadas enfermedades y aumentan la longevidad en muchas especies.³⁶⁻

. Teoría de los radicales libres mitocondriales. Miquel, partiendo de las teorías de Harman, sostiene que el envejecimiento celular podría verificarse a partir de la liberación de radicales libres mitocondriales, más agresivos, con relación a la menor capacidad de defensa de la célula, que actuarían sobre el ADN mitocondrial; y así arrancarían el proceso de envejecimiento celular, al ser entonces la célula incapaz de abastecerse de energía. En todo caso sabemos que los

³⁶ CASTANEDO PFEIFFER, Cristina. Consideraciones generales sobre el envejecimiento. Universidad de Cantabria Consideraciones generales sobre el envejecimiento.

radicales libres se encuentran involucrados en múltiples procesos fisiológicos y patológicos, sobre todo neurodegenerativos, entre los que se encuentran la enfermedad de Parkinson, la corea de Huntington, la enfermedad de Alzheimer y el cáncer.

7.1.3. Teorías genéticas. Son las que actualmente reciben mayor atención, dado que los fenómenos biológicos relacionados con la edad parecen tener su base en acontecimientos que se producen en el sistema genético, algunos autores postulando que el envejecimiento es un fenómeno programado genéticamente, ya que la duración máxima de la vida en las especies animales, o Expectativa de Vidas Máxima Potencial (EVMP), es constante para cada una de ellas, pero muy diferente en relación con las demás, de tal modo que a mayor expectativa de vida, menor velocidad de envejecimiento.

. Teoría de la acumulación de errores. Postulada por Medvedev, supondría que la pérdida de secuencias únicas del ADN daría lugar al deterioro. La existencia de secuencias repetidas de ADN podría ser una estrategia evolutiva para retrasar la inevitabilidad del acontecimiento, actuando como un mecanismo de reserva para proteger información vital de errores al azar de ADN.

. Teoría de la mutación somática a partir de las alteraciones del ADN. Postulada por Confort, decía que el envejecimiento se generaría a partir de una serie de lesiones a nivel del ADN nuclear, teoría que posteriormente se matizaría por otros autores que achacarían la causa al ADN mitocondrial, el cual provocaría los decrementos fisiológicos característicos del envejecimiento. Estas mutaciones serían aceleradas por factores exógenos como las radiaciones o los agentes químicos, mientras que la protección frente a estos agentes enlentecería el deterioro.

. Teoría de la programación genética. Según sus autores, en el genoma está marcada una secuencia determinada de acontecimientos que se expresa de forma ordenada durante el ciclo vital y que podrá ser afectada tanto por factores exógenos como endógenos que darían la variación individual en la evolución prevista.³⁷

7.1.4 Índices de ancianidad. Esperanza de vida. En este apartado se trata el envejecimiento de la población que podemos considerar como el aumento de la proporción de personas mayores de 60 a 65 años. Ahora bien, hay que tener en

³⁷ Ibid., p.32.

cuenta que para que este fenómeno se produzca no debe aumentar el volumen de otros grupos de edad a un ritmo más acelerado, en ese caso se produciría un aumento del número de personas mayores pero no el envejecimiento de la población.

El fenómeno envejecimiento en todas sus facetas se puede medir, utilizando los índices estadísticos adecuados a las cuestiones que se desea estudiar

ÍNDICES ESTADÍSTICO DE CRECIMIENTO

Coeficiente de ancianidad

Coeficiente de dependencia

Coeficiente de renovación

Coeficiente de ancianidad elevada

Relación demográfica

Los diferentes coeficientes miden:

. Coeficiente de ancianidad, nos da la proporción de personas de edad avanzada en la población total.

. Coeficiente de dependencia, indica el porcentaje de población que depende de la actividad de otras personas. Este coeficiente puede calcularse con respecto a la infancia y la adolescencia o con respecto a las personas mayores de 65 años

. Coeficiente de renovación o índice de envejecimiento, es la razón entre el número de personas de edad avanzada (mayores de 65 años) y la población infantil (0-15 años), (recambio generacional).

. Coeficiente de ancianidad elevada, hace referencia a la proporción de personas muy ancianas (cronológicamente) en la población de edad avanzada, su fórmula:
$$\text{Población 80 años y más} \times 100 / \text{Población de 70 y más años}$$

. Relación demográfica, es la razón entre uno y otro sexo, o sea el número de mujeres por cada 100 hombres en una misma población.

A través de los anteriores índices o coeficientes se puede determinar la longevidad o esperanza de vida en las diversas edades y por sexos. Este dato se podría

determinar también utilizando la probabilidad de que al haber alcanzado una determinada edad se pueda llegar a otra, teniendo en cuenta la variable edad.³⁸

7.2 PANORAMA SOCIAL DE LAS POLÍTICAS GUBERNAMENTALES Y SOCIALES SOBRE LA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES

7.2.1 Enfoque Poblacional

7.2.1.1 El envejecimiento poblacional.El mundo envejece, América Latina envejece más rápidamente que el viejo continente y Colombia no es la excepción, por ello las instituciones del Estado, la academia, la sociedad civil y las personas en particular desde la primera infancia hasta los centenarios, debemos prepararnos para asumir este fenómeno demográfico en el que toda la población y el planeta están involucrados. El año 2012 fue considerado por las Naciones Unidas como el año del envejecimiento, por ello la Organización Mundial de la Salud, estableció el día mundial de la salud como el día mundial del envejecimiento con el lema: “La Salud Añade Vida a los Años”.³⁹

7.2.2 Enfoque Mundial sobre el envejecimiento

7.2.2.1 El Envejecimiento en el mundo.En la actualidad, el número de personas mayores de 60 años es dos veces superior al que había en 1980.

En 2050, habrá casi 395 millones de personas de 80 años, es decir cuatro veces más que ahora.

En los próximos cinco años, el número de personas mayores de 65 años será superior al de niños menores de cinco años.

En 2050, el número de personas mayores será superior al número de niños menores de 14 años.

La mayoría de las personas mayores vive en países de ingresos bajos o medios para el 2050, ese porcentaje ascenderá al 80%. Según la CEPAL – Celade, en

³⁸ Ibid., p 34

³⁹ Ibid., p. 21

sus proyecciones de 1959 – 2050, registran un aumento para cada veinte años del 100%, proyección que para el 2050 será de 128.286.9 personas mayores.⁴⁰

7.2.2.2 Contexto América Latina y Caribe. El envejecimiento es uno de los retos demográficos más importantes a los que se enfrentarán los países de la región en el siglo XXI, en tanto ejercerá una presión importante en los sistemas de seguridad social, los sistemas de asistencia sanitaria y la atención y cuidado de las personas mayores. El desafío se centra en cómo enfrentar este reto a través de la definición de estrategias claras que garanticen —junto con la sostenibilidad de las finanzas públicas y la capacidad de cumplir con los objetivos fundamentales de la política presupuestaria—, un nivel de vida digno para las personas mayores, permitiéndoles favorecerse del bienestar económico de su país y participar activamente en la vida pública, social y cultural. En este contexto, el estudio de los avances en materia de incorporación de las personas mayores en el marco jurídico y programático de los países de la región, es útil para conocer cómo algunos de ellos están enfrentando el reto del envejecimiento, y para orientar a aquellos que aún no lo han hecho o están emprendiendo los primeros pasos al respecto.⁴¹

La incorporación de las personas mayores como sujetos de atención se inserta en un contexto más amplio de discusión teórica política referida a la atribución de derechos a ciertos grupos desventajados. El desarrollo jurídico y programático posterior se enmarca en este debate y tiene diferentes expresiones a nivel internacional, regional y nacional. En la doctrina de derechos humanos antes de la década del noventa, —la edad” en general fue un asunto tratado bajo el amplio concepto de —cualquier otra condición social”, haciendo alusión por extensión a las diferencias de edad y generacionales, pero cuyo tratamiento no siempre fue hecho explícito. Un cambio paradigmático al respecto son los Principios de las Naciones Unidas a favor de las Personas de Edad aprobados en la Asamblea General de las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1991. Esta resolución es por esencia la base mínima de una futura Convención sobre los Derechos de las Personas Mayores, asunto discutido en el seno de las Naciones Unidas desde el año 1973.

En América Latina y el Caribe, a finales de la década de los ochenta se incorporaron medidas específicas en favor de las personas mayores en el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos de Derechos Económicos, Sociales y Culturales —Protocolo de San Salvador”, donde su Artículo 17 ratifica lo enunciado, siendo a la fecha el único instrumento vinculante para los países que lo han ratificado.⁴²

⁴⁰ Análisis Propio - Boletín de Envejecimiento de la OMS de 2012

⁴¹ Ibid., p.21.

⁴² Ibid., p.22.

Otro instrumento de importancia para los países de la región es la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, adoptada en noviembre de 2003 por la CEPAL. Este instrumento tiene por objeto sentar las bases para la acción en materia de atención a la vejez para los próximos años y constituye el primer instrumento regional de este carácter. Los avances nacionales en materia de políticas de vejez tienen una evolución reciente.⁴³

Durante la década del noventa varios países de la región iniciaron el diseño y/o implementación de políticas expresamente dirigidas a las personas mayores.

Algunos de ellos promulgaron leyes especiales y las reformas constitucionales en curso permitieron, en algunos casos, incorporar asuntos específicos relacionados con los derechos de las personas mayores. Hitos impulsores de estos procesos han sido, principalmente, la adopción de los Principios de las Naciones Unidas, el Año Internacional de las Personas de Edad y, recientemente, la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento realizada en Madrid en el año 2002. Se prevé que la aplicación de la Estrategia Regional impulsará el desarrollo de nuevas iniciativas en favor de las personas mayores en el futuro cercano.⁴⁴

⁴³ Análisis propio al documento Marco legal y de políticas en favor de las personas mayores en América Latina - Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE, División de Población de la CEPAL)

⁴⁴ *Ibíd.*, p.23.

Cuadro 1. Índice de Envejecimiento en América Latina

PAIS/COUNTRY	1950	1975	% ACAA	2000	% ACAA	2025	% ACAA	2050	% ACAA
Aregentina	23,1	39	68,83%	48,1	23,33%	75,5	56,96%	135,6	79,60%
Bolivia	13,6	12,9	-5,15%	16,1	24,81%	31	92,55%	82,1	164,84%
Brazil	11,7	15	28,21%	27,3	82,00%	73,8	170,33%	146,6	98,64%
Chile	18,7	21,4	14,44%	35,8	67,29%	82,2	129,61%	131,9	60,46%
Colombia	11,7	12,9	10,26%	20,9	62,02%	55,2	164,11%	116,1	110,33%
Costa Rica	19,8	16,7	-15,66%	23,8	42,51%	74	210,92%	155,9	110,68%
Cuba	20,4	26,5	29,90%	64,3	142,64%	156,5	143,39%	221,1	41,28%
Ecuador	20,6	14	-32,04%	20,5	46,43%	53,1	159,02%	124,1	133,71%
El Salvador	11,1	10,4	-6,31%	20,2	94,23%	41	102,97%	106,9	160,73%
Guatemala	9,7	9,7	0,00%	12,1	24,74%	21,5	77,69%	65,6	205,12%
Haiti	22,3	17,1	-23,32%	14,1	-17,54%	26,9	90,78%	74,3	176,21%
Honduras	8,7	8,7	0,00%	12,4	42,53%	30,2	143,55%	85,6	183,44%
Mexico	16,9	12,2	-27,81%	20,9	71,31%	58,2	178,47%	143,4	146,39%
Nicaragua	9,3	8,3	-10,75%	10,7	28,92%	25,6	139,25%	79,7	211,33%
Panama	16,1	15,2	-5,59%	24,9	63,82%	58	132,93%	118,4	104,14%
Paraguay	22,9	16,5	-27,95%	13,5	-18,18%	30,6	126,67%	76	148,37%
Peru	13,7	12,9	-5,84%	20,5	58,91%	51,5	151,22%	119,6	132,23%
Rep. Dominicana	11,6	10,4	-10,34%	19,8	90,38%	52,5	165,15%	116,9	122,67%
Uruguay	42,3	51	20,57%	69,2	35,69%	93,4	34,97%	144,5	54,71%
Venezuela	7,9	11,4	44,30%	19,4	70,18%	54,6	181,44%	120,3	120,33%

Fuente: CEPAL-CELADE – Envejecimiento de la Población 1950 – 2050.
%ACAA Porcentaje de Aumento Comparado periodo Anterior.

Los índices de envejecimiento en América Latina presentan una proyección de aumento de la población fijada para los próximos 50 años, resaltando un aumento del 10%, 62%, 164% y 110% para Colombia en cada uno de los periodos enunciados respectivamente y una tendencia igual para los países analizados.

7.2.3 El Entorno Demográfico Colombiano Una Aproximación al Marco Contextual del Envejecimiento y la vejez. El envejecimiento es un proceso normal por el que atraviesa el ser humano a lo largo del ciclo vital. Esto replantea el antiguo concepto de entender que las personas inician su proceso de envejecimiento a partir de una edad avanzada determinada (por ejemplo, a los 60 o 70 años).

La vejez representa el ciclo final del proceso de envejecimiento. Por ello, las condiciones en esta etapa dependen del desempeño, logros y frustraciones, de los periodos precedentes. Algo similar sucedería con otras etapas de edad avanzada.

La adultez dependerá también de la preparación brindada en la juventud y la niñez, etc.

El rasgo de la vejez radica en que las personas ya no tienen muchas posibilidades de mejorar su calidad de vida. La disminución natural de la capacidad física y el esquema de valoración social imperante en las sociedades occidentales (competencia, productividad, individualismo, etc.), generan marcadas restricciones de tipo económico y social para los adultos mayores.

En Colombia las personas en senectud, en especial las de bajos recursos, son un grupo objetivo hacia el cual se focalizan acciones de la política social. Entre ellas se cuentan programas específicos de educación, subsidios monetarios y en especie, recreación y salud. Para el Gobierno es claro que dichas acciones, aunque necesarias, no garantizan la erradicación de la pobreza y la marginación en la tercera edad en un contexto dinámico a través del tiempo, debido a su naturaleza asistencial. Si en las etapas precedentes no se brindan los mecanismos de acumulación y de inclusión social, esos graves problemas perdurarán en la etapa de senectud de todas las generaciones, incluidas las más jóvenes y las que están por nacer.

De ahí la relevancia de todas las políticas públicas dirigidas a la población en general y a grupos etáreos específicos, que buscan evitar los riesgos más preponderantes en las diversas etapas de la vida. Estas políticas de tipo preventivo debieran responder a las demandas de las necesidades básicas de una población en proceso de envejecimiento.

Entre ellas se cuentan las acciones macroeconómicas que aseguren niveles de empleo e ingreso para acceder a los mercados de bienes y servicios. También se incluyen las de carácter social, que brindan los mecanismos y recursos para proteger a los grupos excluidos tanto del circuito mercantil como del orden predominante a nivel social, político y cultural.⁴⁵

Es así como evaluar la gestión y proponer un plan de acción para la población que envejece exige una visión holística del envejecimiento, de tal forma que se piense en el ser humano como un individuo integral desde su condición de niño, joven, adulto o de persona mayor.

Por ello, es necesario implementar medidas para concientizar a la población que está inmersa en un proceso cambiante, pero normal, llamado envejecimiento.

⁴⁵ Ibíd., p.23.

Proceso que atañe a todos los grupos sin importar el criterio de clasificación (grupos étnicos, estratos, razas, géneros).

7.2.3.1 Demografía. Colombia exhibe la típica transición demográfica presentada a nivel mundial, fenómeno en el cual la estructura por edades de la población cambia, aumentando el peso de los grupos de mayor edad. Este es el resultado de la prolongación de la vida, gracias a avances tanto tecnológico y científico en diversas áreas, principalmente en la medicina, así como en el diseño y efectividad de la política pública.

Este tipo de modificaciones estructurales afectan la organización de la sociedad, repercuten sobre los valores y normas de comportamiento individual, de la familia y de los colectivos. Su efecto se extiende al campo socioeconómico con implicaciones importantes en las estructuras familiares, los sistemas de educación, salud y seguridad social⁴⁶

El cuadro 1. Muestra datos sobre la evolución de la población en cinco grandes grupos, para el período 1950-2050. Los niños menores de 5 años, el grupo 5-14, en el cual se concentra la población en edad escolar, el de 15-59 que agrupa la población laboral, el de 60-74 años, que corresponde a la población en edad de jubilación, y un último, que relaciona a los mayores de 75 años.

En Colombia mientras que para la década de los cincuenta el grupo de personas mayores de sesenta años representaba un 5% de la población, para el año 2000 constituye un 7% del total. Este porcentaje aumentaría a 22% en cincuenta años. Por su parte, las personas entre 15 y 59 años que para el año 2000 participan con un 60% de la población, constituirán un 58% del total en el año 2050.

Este proceso de envejecimiento de expectativas de vida de la población resulta de avances en las políticas sociales tales como aumento del nivel educativo, especialmente de la mujer, mejores niveles nutricionales, control efectivo de enfermedades y avances en la planificación familiar. Estos hechos se reflejan en las tendencias descendentes en las tasas de mortalidad y de natalidad, lo cual resulta en un menor ritmo del aumento de la población total (TablaNo. 1).

Aunque la reducción de la mortalidad en Colombia pudo haberse iniciado desde comienzos del siglo XX, es evidente que se profundizó y aceleró en la década de

⁴⁶ Ibíd.,p.26.

los años 50. En general se lograría una ganancia de 11 años en la esperanza de vida al nacer entre 1950 y 1975 y un total de 30 años entre mediados del siglo XX y los primeros cincuenta años del siglo XXI. Igualmente se presenta una reducción muy importante de la mortalidad infantil (hacia el 2050 representaría solo el 10% del nivel registrado a mediados del siglo XX).

De otro lado, con el inicio de la baja de la natalidad a fines de la década de los 60, el país recorre lo que puede definirse como primera fase de transición demográfica. En los próximos 50 años se espera que este proceso se profundice y llegue a completar dichos cambios. Partiendo en 1950 con una natalidad cercana a los 7 hijos por mujer, dicho indicador se redujo en un tercio hasta el año 2000, lo que significó la tasa de natalidad actual de 2.4 hijos. El descenso continuará y hacia 2050 el nivel de reemplazo se reduciría a un tercio del nivel que tuvo 100 años atrás.

Tabla 1. Colombia. Población total según edad 1950- 2050

Años	Proporción de población por grupos en los tramos de edad					Total
	0 – 4	5 –14	15-59	60-74	75+	
1950	17.9	24.7	52.4	4.1	0.9	100.0
1960	18.5	27.8	48.7	4.2	0.8	100.0
1970	17.3	28.5	48.9	4.4	0.9	100.0
1980	14.4	26.3	53.6	4.6	1.2	100.0
1990	12.6	23.4	57.7	4.8	1.5	100.0
2000	11.3	21.4	60.4	5.1	1.8	100.0
2010	9.7	19.2	62.8	6.4	2.0	100.0
2020	8.6	17.0	62.9	9.1	2.5	100.0
2030	7.7	15.5	61.2	11.8	3.8	100.0
2040	7.1	14.2	59.8	13.1	5.8	100.0
2050	6.8	13.5	58.1	14.1	7.5	100.0

Fuente: DANE, Colombia.

Tabla 2. Colombia. Esperanza de vida por sexo, 1950-2050

	Al nacer		A los 60 años		A los 75 años	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
1950 - 1955	48.98	52.34	14.07	15.18	6.17	6.57
1960 - 1965	56.23	59.68	15.33	16.65	7.46	7.84
1970 - 1975	59.70	63.85	15.90	17.49	8.07	8.58
1980 - 1985	63.62	70.22	17.51	19.90	9.18	10.64
1990 - 1995	64.27	73.04	18.36	20.80	9.58	11.22
2000 - 2005	69.17	75.32	18.79	21.63	9.57	11.49
2010 - 2015	70.95	77.10	18.90	22.31	9.55	11.69
2020 - 2025	72.48	78.80	19.01	23.04	9.52	11.89
2030 - 2035	73.95	80.35	21.42	24.63	11.29	13.49
2040 - 2045	75.33	81.80	21.90	25.53	11.54	13.98
2045 - 2050	76.00	82.50	22.14	25.98	11.67	14.23

Fuente: DANE, Colombia.

Todo ello ha contribuido a que la población sea más sana y esté en condiciones de vivir más tiempo. La esperanza de vida al nacer pasó de 61 años al inicio de los setentas, a 70 años a finales de los noventas y es posible que aumente a 74 años en 2015. En el 2000, la esperanza de vida al momento de pensionarse, 60 años de edad, está alrededor de 21 años para las mujeres y de 18 años para los hombres (cuadro 2).

En resumen se observa que de un país de —niños” con crecimiento acelerado de su población menor de 15 años, se está pasando a una nación progresivamente vieja, con desaceleración del crecimiento demográfico en los próximos 50 años. Se pasará de una relación de 3 menores de 5 años por cada mayor de 60 años a mediados del siglo XX, a una de 3 mayores de 60 años por cada menor de 5 años en el 2050. Esa extensión de la vida humana exige la redefinición de fronteras generacionales. Entonces se requiere determinar la niñez -cada vez más reducida, cuando a los 10 años se está ya en lapre adolescencia- y también la vejez, de acuerdo con el contexto y la esperanza de vida, al igual que otras categorías población en edad de trabajar.

Por otra parte, es necesario considerar la mayor longevidad femenina o las diferencias de género en términos demográficos: en Colombia la mujer tiene 6 años más de esperanza de vida que el hombre y participa con un 53% entre la población mayor de 60 años. La mayor esperanza de vida de la mujer contrasta con sus condiciones precarias de subsistencia, los múltiples roles y obligaciones, entre ellos de cuidadora de generaciones jóvenes y viejas en la familia. Roles por los que generalmente no percibe remuneración y a los que se agrega por lo común la ausencia de seguridad social.

7.2.3.2 Situación socioeconómica de la población total y adulta mayor en Colombia.De acuerdo con el índice de desarrollo humano, IDH, el país ha registrado estadísticas de aumento, para los últimos 15 años, experimentando cifrasde aumento en la esperanza de vida, en el nivel educacional, incluido el de los adultos, y en el producto interno bruto, PIB, per cápita.

El cambio más fuerte fue el aumento en la escolarización de niños y jóvenes: en 1985, 52 de cada cien personas en edad escolar asistían a algún establecimiento educativo. En 1999, lo hacían 70 de cada cien. Este hecho ha aumentado en 2.5 años el nivel educativo de la fuerza laboral entre 1985 y 1999.

Las condiciones económicas de las personas mayores aunque no son favorables, resultan menos precarias con respecto a otros grupos etáreos de la población colombiana. Donde un 50.9% de las personas con más de 65 años de edad se

encontraba en situación de pobreza en el 2000, esto es más de 1.3 millones. En otros grupos ese indicador es mayor: más del 53% está entre los 20 - 24 años y 25 – 29 años, y entre el 54% y el 56.6% en otros grupos.

Para realizar el análisis del contexto del país se toma el último informe del DANE en su metodología de aplicación ENDS, encuesta que se realizó nacionalmente para conocer la demografía y salud de la población colombiana, del informe se realiza una lectura y se recopila sus principales y temas centrados en la población del Adulto Mayor en el periodo analizado del 2011:

Características Generales

- En la ENDS (Encuesta Nacional de demografía y Salud) realizada en el 2011 se recopilan los principales resultados:

- El total de adultos mayores entrevistados fue de 17.574 y la tasa de respuesta total fue de 92 por ciento.

- El 71 por ciento de los adultos mayores hombres está casado o vive en unión libre, mientras que para las mujeres este porcentaje es de 37 por ciento.

- El 38 por ciento del total de las mujeres de la tercera edad son viudas mientras que este porcentaje en los hombres es solo del 11 por ciento.

- Alrededor de la quinta parte de los adultos mayores no ha aprobado ningún año de educación, 58 por ciento ha cursado solo la primaria, 17 por ciento tiene secundaria y 5 por ciento tiene educación superior.

7.2.3.3 Condiciones Laborales del adulto mayor en el contexto colombiano⁴⁷.

- Cerca de una cuarta parte de los adultos mayores trabaja. Un 70 por ciento de ellos son trabajadores por cuenta propia, 13 por ciento son peones o jornaleros y trabajadores familiares sin remuneración y 11 por ciento son obreros o empleados de empresas particulares o públicas.

⁴⁷ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Pontificia Universidad Javeriana. Envejecer en Colombia: aportes para una política en vejez y envejecimiento. Bogotá: El Ministerio, PUJ, 2009.

- El 71 por ciento de las mujeres que trabaja son trabajadoras por cuenta propia, 9 por ciento son empleadas domésticas y 8 por ciento obreras o empleadas de empresa particular.
- A medida que aumenta el índice de riqueza, disminuyen las proporciones de los adultos mayores que trabajan. Los adultos mayores de los estratos más bajos señalan que lo hacen por necesidad del ingreso o para ayudar a su familia, en tanto que los de estratos medio y alto lo hacen más para estar ocupados, para sentirse útiles o porque les gusta el trabajo.
- Menos de la mitad de los adultos mayores trabajan a destajo por horas o por días (26 o 21 por ciento respectivamente). Les siguen quienes reciben salario fijo (23 por ciento) o les pagan por comisión o por porcentaje (15 por ciento). A un 9 por ciento no le pagan por su trabajo, un 3 por ciento recibe pago en especie (ropa o comida) y el 2 por ciento recibe honorarios.
- Del total de adultos mayores que trabajan, el 74 por ciento tiene ingresos inferiores a un salario mínimo mensual (SMM), 17 por ciento recibe uno a menos de dos SMM, 3 por ciento de dos a menos de tres SMM y 6 por ciento tienen tres o más SMM.
- Entre los adultos mayores que no trabajan un 27 por ciento vive de la ayuda de los familiares que residen en el país y 4 por ciento fuera de él; y casi la tercera parte (28 por ciento) son jubilados. El 9 por ciento vive de otros ingresos, hay un 13 por ciento que recibe subsidio de bienestar social para su supervivencia y 30 por ciento que no tiene ningún ingreso.

7.2.3.4 Programas del Estado colombiano hacia el adulto mayor

- Un 14 por ciento del total de adultos mayores son beneficiados de algún programa alimentario del Estado. El 8 por ciento recibe alimentos dentro de un programa de protección social al adulto mayor y el 6 por ciento recibe comida del programa nacional de alimentación para el adulto mayor.

- Otro resultado que arroja el estudio realizado por la Universidad Pontificia es, entre los beneficiarios de programas de protección social hay más mujeres que hombres, entre las personas de 80 a 89 años en la zona rural.

- Los adultos mayores que asisten a los programas de alimentación son en su mayoría varones, personas de 70 a 84 años y de 90 a 94 años, de las zonas rurales y que ganan menos de un salario mínimo.

7.2.3.5 Atención en Salud

- Tres de cada cinco adultos mayores se sienten afectados emocionalmente por causa de su salud. En los 15 días anteriores a la encuesta, casi dos de cada tres adultos mayores informaron haberse cansado sin razón aparente, se han sentido tristes o decaídos, o se han sentido inquietos o intranquilos. Un poco más de la mitad se han sentido más irritables de lo normal y casi la mitad ha tenido ganas de llorar o ha llorado.

- Las enfermedades más diagnosticadas a los adultos mayores en el último año son: enfermedades coronarias, neumonía o bronconeumonía, hipertensión arterial, artritis, epilepsia y cáncer. Entre las mujeres se presentaron mayores niveles de hipertensión y artritis y a los hombres les diagnosticaron más neumonía.

- Uno de cada 10 adultos mayores considera excelente o muy bueno su estado de salud, 40 por ciento lo considera bueno, 44 por ciento regular y 6 por ciento malo.

- El 71 por ciento de los adultos mayores con problemas de salud acudió a un servicio de salud, 8 por ciento trató su enfermedad con remedios caseros, 9 por ciento se auto medicó, 3 por ciento acudió a la farmacia, 2 por ciento acudió a la medicina tradicional y un uno por ciento a terapias alternativas.

- Entre quienes no solicitaron atención médica (29 por ciento), la principal razón es porque consideran que el problema fue leve, consideran que el servicio es

costoso, les parece muy costoso el transporte, el servicio les queda muy lejos o consideran que el servicio es de mala calidad.

- El 45 por ciento de los adultos mayores pertenece al régimen contributivo, otro 45 por ciento al subsidiado, 3 por ciento al régimen especial y 6 por ciento no tiene afiliación a ningún sistema de salud.

- Para quienes acudieron a un servicio de salud, la mayoría (71 por ciento) considera excelente o buena la calidad del servicio, 22 por ciento la considera regular y tan solo el 7 por ciento cree que fue mala o pésima.

- Al 88 por ciento de los adultos mayores que fueron al médico les formularon medicamentos. De los que estaban afiliados a la EPS, al 62 por ciento le dieron todos las medicinas, al 19 solo una parte y al 17 por ciento no se los dieron.

- El 22 por ciento de los adultos mayores estuvo hospitalizado en el último año. De ellos, 69 por ciento por enfermedad, 22 por ciento por cirugía y un 8 por ciento por algún tipo de accidente. La EPS pagó totalmente la hospitalización en el 61 por ciento de los casos y en el 34 por ciento lo hizo parcialmente.

- La discapacidad es más frecuente entre los mayores de 50 y 65 años, en todos los casos. Sin embargo, cerca del 7 por ciento de la población colombiana padece alguna discapacidad como: poca facilidad para moverse o caminar, no poder usar los brazos o las manos, dificultad para escuchar aún con aparatos especiales, no poder hablar o comunicarse, poca visión aun usando lentes, dificultad para entender o aprender y no poder desplazarse en trechos cortos debido a problemas cardiacos o de respiración.

7.3 DETERMINACIÓN DE LOS CAMBIOS ECONÓMICOS MÁS RELEVANTES DE LA POBLACIÓN ADULTA EN COLOMBIA

7.3.1 Desarrollo Reciente. Antes de la expedición de la Constitución de 1991, el concepto y marco legal que prevaleció respecto a la responsabilidad del Estado con relación a los adultos mayores y en especial los indigentes fue que ella era de carácter asistencial, a discreción de los gobernantes y condicionada a la existencia de recursos del presupuesto que se pudieran aplicar a tal fin. La obligación formal e institucional de la protección del adulto mayor estaba limitada a la responsabilidad de la familia por la manutención. Con anterioridad no existía una

normativa que desarrollará un sistema para la financiación y aplicación de los recursos con los que se proveería esta asistencia por parte del Estado, no existía estadísticas como tampoco estudios específicos y la prestación de los servicios necesarios se limitaba al nivel municipal en lugares denominados ancianatos.⁴⁸

En general, los objetivos de la política han sido mejorar las condiciones de vida de las personas de mayor edad y generar los mecanismos para que toda la población alcance una vida saludable y digna en la adultez plena. Luego de la Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento de 1982, las acciones del Estado y la sociedad civil para mejorar las condiciones de vida a los adultos mayores y a todas las personas en la perspectiva del envejecimiento, tuvieron un especial desarrollo en la década de los noventas.

7.3.2 El final de los sesentas y los años setentas. La responsabilidad institucional, entre otras, de la protección al adulto mayor en extrema pobreza hasta antes de la creación del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF, era de la familia. Después, con la creación de éste en 1968, se le asignó funciones de promoción y estabilidad de bienestar de las familias colombianas. Los adultos mayores fueron incluyéndose como extensión de los programas institucionales. Durante esta época se fundó la Confederación de Pensionados de Colombia con el objeto de organizar a los mayores con estatus de pensionado, y pensionados para que sirvan de interlocutor ante las autoridades públicas y para presentar propuestas de proyectos de ley favorables a los afiliados. También surgieron asociaciones mutitarias como resultado de la necesidad de agruparse para obtener solidaridad y protección en la vejez y contra la enfermedad.

Con la Ley 29 de 1975 se otorga facultades especiales al Gobierno para apropiar partidas con destino a la financiación de servicios básicos de subsistencia a los adultos mayores sin recursos, tales como alimentación, vestuario, albergue, atención médica-hospitalaria completa. Se crea el Consejo Nacional de Protección al Anciano y el Fondo Nacional de Protección al Anciano, y se encarga al Estado de la construcción y dotación de los locales necesarios para prestar éstos

⁴⁸ Para la elaboración de este documento se conformó un equipo interdisciplinario integrado por la Consejería Presidencial para la Política Social, la Vicepresidencia de la República, el Departamento Nacional de Planeación, la Agencia Colombiana de Cooperación Internacional-ACCI, la Red de Solidaridad Social, los ministerios de Trabajo y Seguridad Social, Relaciones Exteriores, Educación, Salud, Desarrollo y Comunicaciones. Igualmente se recibieron importantes contribuciones de las organizaciones no gubernamentales como la Asociación Interdisciplinaria de Gerontología-AIG y la Red Iberoamericana de Asociaciones de Adultos Mayores –RIIAM sede Colombia.

servicios. A su vez, se promulgó el estatuto del pensionado con las leyes 12 de 1975 y la 4 de 1976.⁴⁹

7.3.3 Los años ochenta. En esta década, la crisis financiera no permitió destinar grandes cantidades de recursos para la atención a las personas de la tercera edad. Las principales acciones se encaminaron a ajustar el sistema pensional y a ampliar la cobertura de la seguridad social. El país experimentó grandes avances en materia de descentralización permitiendo mayor autonomía y responsabilidad a los gobiernos locales en especial en los temas de educación y salud.

Se organizaron los primeros comités interinstitucionales de bienestar de los adultos mayores para integrar y establecer lazos permanentes de trabajo entre las distintas entidades que trabajan; se fundaron asociaciones de la tercera edad.

Las Cajas de Compensación de Subsidio Familiar iniciaron acciones orientadas a las actividades culturales, folclóricas y recreativas de las generaciones mayores; otras impulsaron la atención integral; otras crearon bancos de expertos, es decir Adultos Mayores que prestan servicios en diferentes áreas; y apoyo a microempresarios mayores. Las Cajas toman impulso cuando queda reglamentada la vinculación voluntaria de los pensionados a ellas.

Durante esta época hay que resaltar la transformación de la figura de Defensores de Menores en Defensores de Familia señalado el decreto 2737 de noviembre de 1988, correspondiente al código del menor. Este cambio buscó extender la protección a todos los miembros de la familia, especialmente a los menores de edad y a los adultos mayores.

Por la reforma tributaria de la Ley 55 de 1985 la responsabilidad específica de la atención de los adultos mayores recae en el ICBF y posteriormente en 1990 cuando se crea el IVA social, esta entidad transfiere los recursos a la Red de Solidaridad Social a partir de 1999.⁵⁰

7.3.4 Los años noventa. En este período el tema de envejecimiento y vejez empezó a tener mayor relevancia en la política pública. Durante esta época se establecieron de manera más permanente dependencias relacionadas con el tema, como la Consejería Presidencial para la Juventud, la Mujer y la Familia, la

⁴⁹ Ibid., p. 39

⁵⁰ Ibid., p. 39.

cual se ocupó de lo relacionado con la vejez. Se creó la Defensoría del Pueblo y dentro de la misma una Delegada para la Niñez, la Mujer y la Vejez. Se realizaron acciones de formación y actualización en gerontología en varios departamentos del país por iniciativa de la Presidencia de la República, junto con la Defensoría y el Centro de Psicología Gerontológica-CEPSIGER. Fue también el momento de la organización de los “Cabildos de Mayores” en algunos departamentos del país para estimular la participación política de las generaciones viejas y su mayor integración a la comunidad. Con la Ley 10 de 1990 se reorganiza el sistema nacional de salud y se introduce el concepto de atención en salud como servicio público de carácter universal a cargo del estado. Sin embargo, no se previó su financiación como tampoco la forma de destinar los recursos. La Constitución Política de 1991, estableció que el Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la Vida activa y comunitaria, al tiempo que le señala al Estado que debe garantizar los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia.

Para estos años se crea también los Comité Interinstitucional de Bienestar del Anciano (CIBA) de Antioquia y los Comités de Bienestar del Anciano en los Departamentos del Valle y de Caldas.

La carta política consagra dos tipos de derechos en relación con las personas mayores: —el derecho al reconocimiento de sus diferencias y, por lo tanto, a una protección especial, y a un conjunto de derechos de carácter distributivo asociados con el Estado social de derecho, en el sentido de derechos económicos, sociales y culturales” (Departamento Nacional de Planeación DNP, 2001).

Surgen otras alternativas de atención, al enfoque asistencialista y la instituye como un derecho fundamental a través de la seguridad social integral. Además, se establece la garantía de goce de los derechos prestacionales a los grupos en condición de indigencia al promover las condiciones para que la igualdad sea efectiva, adoptando medidas a favor de grupos discriminados o marginados. El Consejo Nacional de Política Social y Económica (CONPES 2722 de 1994 y CONPES 2793 de 1995) le asigna a la Red de Solidaridad Social, entre otras funciones, el desarrollo de un programa específico dirigido a apoyar el mejoramiento de las condiciones de vida de los adultos mayores de 65 años en extrema pobreza o indigencia, al igual que le asigna recursos del presupuesto general de la nación.

Por su parte, las Cajas de Compensación de Subsidio Familiar iniciaron actividades relacionadas con el cuidado de la salud para población pensionada y

programas de bienestar integral de la población pensionada y adulta mayor. A mediados de la década fueron organizados algunos encuentros con todas las Cajas del país para intercambiar conocimientos y experiencias y, así fortalecer entre otros los programas de adultos mayores.

También surgieron iniciativas propias de los adultos mayores para asociarse⁵¹, los centros de investigación y las universidades organizaron eventos nacionales e internacionales; adelantaron trabajos especializados en temas relacionados con el envejecimiento, la vejez, la seguridad social y temas específicos de salud. Se crearon asociaciones especializadas para promover la investigación, la difusión, el intercambio, la actualización permanente en el campo del envejecimiento y la vejez, al igual que de asesoría a comunidades y municipios.

A partir de esta época Colombia empezó a formar parte de la RIICOTEC⁵² y la RIIAM⁵³ redes que mediante la cooperación y el intercambio de experiencias entre países con la participación de organismos regionales y multilaterales, apoyan el desarrollo de políticas integrales y la ejecución de proyectos para beneficio de los adultos mayores.

7.4 UN BALANCE DE LAS ACCIONES SOBRE LA RESPONSABILIDAD EN LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR DEL ACTUAL GOBIERNO Y ENTIDADES NO GUBERNAMENTALES

A continuación se presenta un resumen de las responsabilidades asignadas y compartidas a las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales del país por el Consejo Nacional de Política Económica y Social, en el documento —Envejecimiento y Vejez” de 2011, donde figuran líneas de política dirigidas a apoyar el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas mayores y a elevar la calidad de vida de toda la población para alcanzar una vejez saludable y satisfactoria.

⁵¹En 1991, en Bogotá, la Caja Colombiana de Subsidio Familiar – COLSUBSIDIO

⁵²Red Intergubernamental Iberoamericana de Cooperación Técnica para el Desarrollo de Políticas de Atención a Personas Mayores y Personas con Discapacidad con objetivos como: establecer y mantener un sistema iberoamericano de programas y servicios para las personas mayores; capacitar el recurso humano; prestar asistencia técnica para la implementación de proyectos.

⁵³Red Intergubernamental Iberoamérica de Asociación de Adultos que impulsa el movimiento asociativo de los mayores para participar en los procesos de veeduría ciudadana tendientes a garantizar el cumplimiento de las políticas sociales, programas y servicios; fomentar la participación de los mayores activa de los mayores en la sociedad; servir de medio coordinador y difusor de información y de socialización de experiencias entre los asociados; realizar programas y proyectos de capacitación y de investigación sobre envejecimiento y vejez

En materia de seguridad social la atención institucional le fue señalada a los Ministerios de Salud, de Trabajo y Seguridad Social, las Cajas de Compensación Familiar, el Instituto de los Seguros Sociales, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF y los Fondos de Previsión Social. A estas instituciones se suman las de nivel local, oficiales y privadas dedicadas a atender a la población mayor que no viven con sus familiares como los Centros de Bienestar del Anciano.

De otra parte, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) se le señala la promoción de acciones en salud, nutrición y recreación para la personas mayores de 60 años pobres por insuficiencia de ingresos o necesidades básicas insatisfechas con una cobertura de 100.000 personas y a la Red de Solidaridad Social a través del programa REVIVIR apoyar a 240.000 adultos mayores indigentes mayores de 65 años por ser un grupo especialmente vulnerable. Las entidades territoriales participan con recursos de cofinanciación y se les responsabiliza de garantizar la infraestructura para atender las necesidades de su población vieja, así como también, la de elaborar un plan de servicios complementarios apoyados con recursos de cofinanciación. Para esto los gobiernos locales pueden contratar con organizaciones no gubernamentales y comunitarias con el fin de que desarrollen estos programas.

Al Ministerio de Trabajo se le asigna la responsabilidad de promover la inclusión de programas de preparación para la jubilación en las entidades públicas y privadas. También debe promover el cumplimiento de las normas relacionadas con la afiliación a las cajas de compensación y la entrega de subsidios, a través de un Fondo, a los trabajadores (asalariados o independientes) pobres que enfrentan dificultades en el mercado laboral para que cuenten con una pensión en la vejez.

Con el fin de apoyar las iniciativas de generación de ingresos a cargo de personas mayores se indica que éstos podrán tener acceso a las líneas de crédito para micro o mediana empresas existentes en el Instituto de Fomento Industrial –IFI.

Por su parte a la Vicepresidencia se le designa impulsar la consolidación y creación de —Banco de Expertos” con el fin de organizar la oferta de servicios que las personas mayores para articularlo con los procesos de intermediación laboral promovidos por el Servicio Nacional de Aprendizaje –SENA. Por su parte, esta entidad garantiza a los trabajadores adultos el acceso a cursos de reclasificación para incrementar su permanencia en el mercado laboral.

En materia de recreación, cultura y educación a Coldeportes se le asigna la promoción, a través de juntas locales de deportes, las unidades de bienestar social y las organizaciones gubernamentales a nivel de barrios y veredas, generar actividades de esparcimiento y recreación para los adultos mayores y, tener en cuenta las necesidades de las personas mayores dentro del Plan Nacional de Recreación. A los centros culturales se les responsabiliza de organizar actividades con y para las personas mayores y al Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior - ICFES el mejoramiento de la calidad de los programas de gerontología.

En vivienda se indica que la política de vivienda social urbana y rural debe focalizar el subsidio familiar en los estratos más pobres y vulnerables de la población, teniendo preferencia en los hogares donde residan adultos mayores.

En el marco de la investigación se toma la decisión de apoyar estudios relacionados con los problemas socioeconómicos y de salud que afectan a la población mayor y al Ministerio de Educación establecer convenios de cooperación con entidades y universidades internacionales para el otorgamiento de créditos y becas en geriatría y gerontología y al Departamento Nacional de Planeación -DNP junto con el Departamento Nacional de Estadística – DANE con el apoyo de cooperación técnica internacional establecer una base de información sobre las condiciones socioeconómicas y demográficas de la población adultos mayores.

Siempre, buscando acentuar el cambio cultural sobre el envejecimiento y la vejez se invita a fomentar y fortalecer con proyectos las relaciones del adulto mayor con su familia que promuevan en la comunidad y la sociedad una imagen positiva del envejecimiento y vejez que propicien una mayor participación e integración de los mayores en la sociedad. En forma paralela, al Ministerio de Comunicaciones, se le asigna con el Ministerio de Salud el desarrollo de un plan masivo acerca de los aspectos del proceso de envejecimiento, la importancia de llevar estilos de vida saludable y la necesidad de que las personas se preparen para la vejez y, donde al Ministerio de Educación se asigna la tarea de la elaboración de propuestas para el tema de envejecimiento y vejez para su integración en áreas de los currículos de la educación básica y media.

7.5 SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

7.5.1 Afiliación y Cobertura del Servicio de Salud. El Ministerio de Salud buscando mejorar las condiciones de salud de la población y de ampliar la

cobertura de la seguridad social mediante la afiliación progresiva al Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, así como de acciones dirigidas al fomento de la salud y prevención de la enfermedad a través del Plan de Atención Básica, establece de acuerdo con la Ley 100 de 1993 las funciones de las entidades encargadas de la afiliación y el registro de los afiliados y recaudo de las cotizaciones (Empresa Promotoras de Salud-EPS), así como las prestadoras de servicios por niveles de atención (Instituciones Prestadoras de Servicios-IPS) y tipo de régimen de afiliación (contributivo para los trabajadores y pensionados y subsidiado para las personas sin capacidad de pago).

El gobierno asignó al ministerio impulsar la vinculación gradual de las personas mayores de 60 años pertenecientes a los niveles I y II del Sistema de Clasificación de Beneficiarios – SISBEN. El Sistema ha tenido un impacto bastante positivo y preferencial sobre las personas mayores, mecanismo de identificación que permite categorizar y tener una estadística aproximada de la población Colombiana y su estado actual de seguridad social que posee

En la vinculación gradual de las personas de la tercera edad, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud – CNSSS⁵⁴, destina recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, para garantizar la financiación de la continuidad de la cobertura actual del régimen subsidiado, así como, la ampliación de cobertura y sostenibilidad de estos afiliados. Según el Ministerio de Salud, en abril de 2010 las personas mayores de 60 años afiliadas al sistema de salud eran 1.821.604, lo que representa el 60.91% del total.

La afiliación al régimen contributivo, a través de las Empresas Promotoras de Salud-EPS y entidades adaptadas, bien sea en calidad de cotizantes o de beneficiarios, a abril de 2010 indica que estaban afiliados a este régimen un total de 1.115.082 personas mayores de 60 años, 597.091 como cotizantes y 517.991 como beneficiarios. Por su parte, la afiliación al régimen subsidiado de las personas sin capacidad de pago, mayores de 60 años, a través de las Administradoras del Régimen Subsidiado, correspondía a 706.552.

⁵⁴Es el organismo de dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud que tiene carácter permanente y está integrado por representantes del sector público, entidades territoriales, trabajadores y pensionados, de las entidades promotoras y prestadoras de los servicios de salud, de los profesionales de la salud y de las asociaciones de los usuarios. Entre otras funciones está la de definir el Plan Obligatorio de Salud, los montos de cotización de los afiliados, el valor de la unidad de pago por capitación, los criterios de selección de los beneficiarios del régimen subsidiado, el régimen de pagos compartidos, las medidas necesarias para evitar la selección adversa de usuarios.

Como parte de la normatividad de la Ley 100 de 1993, el decreto 1485 de julio de 1994, le asignó la competencia a la Superintendencia Nacional de Salud para vigilar que las EPS tengan por lo menos el 5% de afiliados mayores de 60 años con el fin de evitar la selección adversa por razones de edad. Según datos de afiliación mayor de 60 años al SGSSS, esta obligación se ha cumplido, tanto es así que, un 60.1% de estos se encuentran afiliados.

Sin embargo, la cobertura es limitada e inequitativa, especialmente si se hace referencia a las mujeres de mayor edad. Sólo 20% de la población está afiliada al Régimen Contributivo. El 42% de la población no afiliada corresponde a la franja más pobre de la población.

Para contribuir con el mejoramiento de las condiciones y ampliación de cobertura a la población mayor, el Ministerio de Salud está reglamentando la Ley 643 del 2001. Con ella se fijan fuentes de recursos como el monopolio rentístico de juegos de suerte y azar, obtenidos por los departamentos, el distrito capital y municipios. Estos recursos se destinarán para contratar, con las Empresas Sociales del Estado o entidades públicas o privadas, la prestación de los servicios de salud a la población vinculada al régimen subsidiado. A su vez, se establece la destinación del 5% para la vinculación al régimen subsidiado para los adultos mayores.

7.5.2 Servicios de salud. La actual estructura del Sistema de Salud Nacional, Departamental y Municipal permite por medio del instrumento financiero, técnico, presupuestal, y administrativo el Plan de Atención Básica (PAB) la formulación de proyectos de salud con la flexibilidad en su ejecución y formulación de planes de acción siempre y cuando estén formulados dentro del Plan de Desarrollo registrado por el gobierno, algunos ejemplos son las redes de apoyo para la prevención de violencia en los adolescentes integrantes de barras bravas, para adolescentes discapacitados, para los adultos mayores y su programa de cuidadores realizados y desarrollados por la Secretaria Departamental de Salud del Valle del Cauca en convenio con los hospital Universitario del Valle y el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle.

De otra parte, en el diagnóstico e intervención temprana para prevenir la discapacidad o la muerte prematura, el Ministerio de Salud expidió la Resolución 412 de 2000 que establece las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana de enfermedades de interés en salud pública. Para este grupo poblacional como se establece en su Artículo 9, menores de 10 años, jóvenes de 10 a 29 años, mujeres en embarazo y adulto mayor de 45 años, se estableció de

obligatorio cumplimiento la detección temprana y el diagnóstico oportuno de las patologías crónicas, con el fin de ofrecer alternativas para el control de los factores de riesgo, el tratamiento o la rehabilitación. De otra parte, la Resolución 3384 de 2000 estableció para la detección de las alteraciones del adulto mayor de 45 años, como meta de cumplimiento la atención del 40% de la población de este grupo en el régimen contributivo y del 50% en el régimen subsidiado.

A través del componente de fomento a una cultura de la salud para incentivar estilos de vida saludables, el Ministerio de Salud promovió proyectos intersectoriales con énfasis en fomento de la actividad física, modificación de hábitos nutricionales y prevención del consumo de cigarrillo en niños y adolescentes. Como una alternativa a la institucionalización principalmente en zonas rurales, se estableció la asistencia domiciliaria que brinda, en la residencia del paciente, el apoyo de personal médico y/o paramédico con la participación de la familia, de acuerdo con guías establecidas para tal fin. En este sentido, cada aseguradora se organiza administrativa y técnicamente para la prestación del servicio.

NUTRICIÓN: El Ministerio de Salud adelanta un programa de fortificación con micronutrientes de alimentos como la harina de trigo y la sal, para la prevención de estas deficiencias especialmente en la población mayor. Con el ICBF⁵⁵ se elaboran conjuntamente las guías alimentarias para los mayores de 2 años desagregadas para la población de adultos mayores.

Se están desarrollando actividades educativas y de intervención del mercadeo de productos alimenticios, para lograr la modificación de hábitos nutricionales que posibiliten la prevención de riesgo cardiovascular en la población con énfasis en los adultos mayores; también para la promoción de la actividad física en centros de bienestar del anciano se está diseñando y validando en el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar una estrategia de información y comunicación para fomento de estilos de vida saludable.

SALUD MENTAL: El Ministerio de Salud financia proyectos en 47 centros de atención al anciano para mejorar las condiciones de salud mental y bienestar integral y reducir los niveles de depresión, mediante la utilización del tiempo libre a través del desarrollo de actividades lúdicas, recreativas y ocupacionales. De igual forma, se impulsa desde los centros de atención al anciano, la vinculación y participación activa de las familias en las actividades sociales y culturales.

⁵⁵Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

En atención a la salud mental de la población mayor, con los recursos disponibles en el sector salud no transformados en subsidios a la demanda, se atienden los siguientes grupos de población:

- * Los vinculados a los cuales se deben proporcionar toda la atención necesaria según los recursos disponibles;

- * Los afiliados al régimen subsidiado, a los cuales se les debe proporcionar el tratamiento de problemas mentales que el Plan obligatorio de salud subsidiado - POSS- no cubren;

- * Los afiliados al régimen contributivo que demuestren incapacidad de pago para asumir los costos de algunos medicamentos, o de la hospitalización y psicoterapia prolongadas igualmente no contempladas en el Plan Obligatorio de Salud POS y que se identifiquen como absolutamente necesarias.

Educación

En la década de los setenta en algunos centros de educación superior se instaura cátedras relacionadas con Psicología del Envejecimiento y la Vejez; en los ochentas se abren a nivel universitario y tecnológico programas en gerontología⁵⁶ y, formación de auxiliares de enfermería en gerontología.

En el diseño de una propuesta para integrar los temas de envejecimiento y vejez en las áreas de currículo de la educación básica y media, la Ley 115/94 ha permitido trazar lineamientos curriculares en constitución política y democracia, educación ética y valores, en los que se privilegian temas de respeto a la diversidad, a la solidaridad con los sectores poblacionales más débiles y a la convivencia y la integración de los estudiantes en la comprensión y participación frente a las necesidades de la comunidad. La resolución 4210/96 reglamenta el cumplimiento del servicio social estudiantil destinados a implementar acciones educativas, recreativas y culturales con la comunidad. Muchas de las acciones de los estudiantes de grados 10 y 11 se canalizan en la atención de personas adultas mayores.

⁵⁶INSTITUTO TECNOLÓGICO DE ANTIOQUIA. Universidad Católica de Oriente (Antioquia). Universidad del Quindío, Universidad de Caldas en Manizales, Universidad San Buenaventura de Cali y Bogotá.

En cuanto a la capacitación y educación existen instancias de orden nacional y regional. Por su parte, el Ministerio de Educación contribuye con el programa de educación básica y media para adultos, entre los cuales se encuentran los de edad avanzada. Los adultos mayores son eventualmente partícipes de programas de alfabetización, educación básica y media a través de programas semipresenciales reglamentados por el decreto 3011/97 sobre la educación de adultos.

Por su parte, el Servicio Nacional de Aprendizaje (Sena) a través del programa de atención a poblaciones especiales, brinda formación profesional integral técnica.

Universidad Católica de Oriente (Antioquia), Instituto Tecnológico de Antioquia, Universidad del Quindío, desarrollaron programas de actualización en sus programas de Gerontología.

A nivel departamental y local, algunas de la secretarías de educación, ejecutan programas de alfabetización a personas mayores, la cual se brinda a través de los estudiantes de bachillerato y de los propios docentes.

El programa de adaptación laboral, liderado por el SENA presta apoyo al empleado que pierde su trabajo y también tienen acceso los adultos mayores, brinda asesoría a las personas con posibilidades de acceder al mercado laboral por cuenta propia y/o para que sea tenido en cuenta por las microempresas, con el fin de aprovechar su conocimiento, trayectoria y habilidades específicas.

El objetivo principal de la asesoría y capacitación es construir y fortalecer empresas generadoras de empleo, de acuerdo con la capacitación dirigida, bajo los principios de cooperación, la solidaridad y apoyo mutuo para el desarrollo integral del ser humano como sujeto y actor de la economía.

Este programa también brinda asesoría y capacitación a los entes territoriales, para facilitar la gestión de las regiones, con participación ciudadana en función del desarrollo sostenible de cada región, con el fin de involucrar a las poblaciones especiales entre ellas, personas mayores de 45 años.

7.5.3 Información y Divulgación. A través de la resolución 4288 de 1996 del Ministerio de Salud que reglamenta el Plan de Atención Básica-PAB se definieron las actividades, procedimientos e intervenciones para la promoción y fomento de

la salud, dentro de las cuales se estableció la competencia municipal de promover estilos de vida saludable. Esta intervención, se presta de forma gratuita para toda la población e involucra al grupo de adultos mayores. Es competencia de las Direcciones Territoriales de Salud (departamentos y/o distritos) la asistencia técnica, vigilancia y control de la ejecución de los recursos del PAB a nivel de los municipios. A través del programa de televisión "La Vida Es Bella" de Señal Colombia de cobertura nacional y de las emisiones radiales y los periódicos, se desarrolló como línea de acción la promoción de estilos de vida saludables durante el periodo 1999 - 2001.

Para incentivar el desarrollo de organizaciones de origen comunitario que trabajen con adultos mayores y sus familias, desde 1999, a través de la Red de Gestores Sociales se busca proyectar la participación de las primeras damas municipales y departamentales dentro los programas sociales mediante su gestión activa. En materia de adultos mayores ellas vienen impulsando la conformación de los Comités intersectoriales de Adulto Mayor. En las localidades donde existen los comités de política social, las primeras damas participan en la promoción e impulso de los programas sociales gestionando la participación conjunta del sector privado y público para la ejecución de los mismos.

En materia de violencia intrafamiliar, la Conserjería Presidencial para la Política Social coordinó el diseño y puesta en marcha de la política Nacional de Construcción de Paz y Convivencia Familiar: Haz Paz, que es un proceso intersectorial, intergubernamental y suprasectorial. Es una política estructurada en tres componentes: prevención (incluye medios, comunicación y movilización social), detección y vigilancia y, atención de la violencia intrafamiliar. Se implementa mediante módulos de capacitación con metodología participativa y de talleres de familia donde están conformados por infantes, niños, adolescentes, adultos mayores y discapacitados.

El Ministerio de Comunicaciones promueve una política pública de comunicación sobre el envejecimiento y la vejez. Se espera validar dicha política con todos los actores involucrados a partir del año 2002 para su socialización en diferentes escenarios a nivel nacional haciendo énfasis en los medios masivos de comunicación. A su vez, se creó un directorio de actores y servicios relacionados con el envejecimiento y la vejez a escala nacional, departamental y municipal que se encuentra disponible para su actualización.⁵⁷

⁵⁷FUNDACIÓN SANTILLANA PARA IBEROAMÉRICA y otros. Agenda sobre Envejecimiento Colombia siglo XXI – Memorias de un Foro y Bitácora para Futuros Debates. Octubre 1 de 2011.

Este Ministerio, en desarrollo de un plan masivo donde se informa sobre los aspectos del envejecimiento y preparación para la vejez, ha realizado talleres de radio, impresos y videos dirigidos a grupos de adultos durante los años 1999 al 2001, utilizando recursos OPS, con una cobertura 250 adultos mayores de Bogotá D.C. Se realizó un programa semanal, con cobertura nacional, sobre envejecimiento en la televisión; además fueron emitidos por radio cada semana programas producidos por grupos de adultos mayores capacitados por el Ministerio de comunicaciones. Se realizaron ediciones semestrales de dos periódicos con tiraje de 1000 ejemplares, durante los años 2000 y 2001 con cobertura sobre el Distrito Capital.

También él trabaja desde estrategias de comunicación en minimizar los efectos de la violencia en todas las generaciones haciendo saber, en el caso de los adultos mayores, la especial atención que este sector marginado, en términos pragmáticos, requiere. Se está trabajando principalmente en fortalecer estos vínculos intrafamiliares; luchar contra los estereotipos negativos de las personas de edad; facilitar los contactos intergeneracionales; evitar la segregación por motivos de edad diseñar e implementar normas relacionadas con el fortalecimiento de las relaciones intergeneracionales a nivel de las entidades antes mencionadas.

El Ministerio de Trabajo y Seguridad Social en la promoción de la inclusión de programas de preparación para la jubilación en las entidades públicas y del sector privado, desarrolló hasta 1999 una capacitación a empresas en las que se aplicó una cartilla instructiva de adaptación a la nueva vida, se diseñó la política marco de pre-retiro; se editó el programa en video y se proyectó para el territorio nacional. Hasta la fecha se ha trabajado en 600 empresas.

El Departamento Nacional de Planeación-DNP dispone de una base de datos demográfica con proyecciones realizadas al 2000, 2015, 2025 y 2050 para este grupo poblacional y mantiene información del comportamiento de los índices estadísticos globales en términos demográficos y socioeconómicos.

El Ministerio de Educación institucionalizó el día de la familia en el mes de octubre que es adoptado en todos los establecimientos educativos tanto públicos y privados. A través de este se fomenta el buen trato y convivencia con los adultos mayores.

7.5.4 Cultura. En el área de cultura se cuenta con el programa Formación de Formadores que con recursos del Sistema de Información Artística y Cultural, brinda capacitación gratuita a adultos mayores con cualidades artísticas para

potenciar sus aptitudes y facilitar su inserción a actividades culturales que también les permitan derivar algún ingreso.

7.5.5 Recreación y Deportes. Desde 1999 con recursos de orden nacional, departamental y municipal se adelanta el Programa Nuevo Comienzo, coordinado por la Vicepresidencia de la República. Este programa realiza eventos culturales y recreativos en los municipios colombianos con el objetivo de dinamizar la participación activa de los adultos mayores de 65 años en extrema pobreza e indigencia. Durante los tres años han participado cerca de 100.000 adultos mayores en los diferentes eventos municipales y departamentales.⁵⁸

Con el programa Glorias y Pioneros del Deporte, de Coldeportes, se otorgan pensiones a deportistas destacados mayores de 50 años que hayan obtenido medallas mundiales cuyos ingresos están por debajo de cuatro salarios mínimos, y reconocimientos de tipo pecuniario (\$10 millones por una vez) a quienes se hayan destacado en el campo deportivo.

El Instituto Distrital para la Recreación y el Deporte de la Alcaldía Mayor de Bogotá tiene el programa especial de recreación, deporte y ocio productivo para Adultos Mayores, inscritos en Bienestar Social del Distrito, se benefician 18.000 mayores entre hombres y mujeres.

7.5.6 Ingresos y Empleo. Si no generaron los mecanismos de acumulación y rentas apropiados, las personas en edad avanzada no pueden generar los flujos de ingresos suficientes para su mantenimiento. Y ante la tendencia de esquemas individualistas en detrimento de lazos familiares y solidarios, dichas personas tampoco pueden crear los tejidos sociales que les garanticen la interrelación entre ellas y, con otras generaciones, creando situaciones de marginamiento social. Estas especiales circunstancias se constituyen en grandes obstáculos para el mejoramiento o mantenimiento de su calidad de vida.⁵⁹

A diciembre de 2000 el Instituto de Seguros Sociales tenía una población pensionada de 443.205 personas, la mayoría de ellos provenientes de zonas urbanas y vinculadas laboralmente al sector formal. A esa misma fecha los administradores de fondos privados, tenían 6.549 pensionados y el sector público un total de 344.384 personas: la Caja Nacional de Previsión 151.920; las Fuerzas Militares 102.500; el magisterio 49.800; las Cajas y Fondos 21.364 y ECOPETROL

⁵⁸ Ibid., p.19.

⁵⁹ Ibid., p.20.

8.800 pensionados. El gran total del país al año 2000 era de 794.138 pensionados y la relación porcentual de éstos con relación a los mayores de 60 años en el país (2.900.766 colombianos) se fijó en un 27.38%.⁶⁰

De otro lado existen en el país 55 Cajas de Compensación Familiar, las cuales ofrecen subsidio familiar en dinero, especie y servicios a los trabajadores de medianos y menores ingresos, en proporción al número de personas a cargo. Los trabajadores que tienen padres mayores de 60 años que no reciban renta o pensión, pueden incluirlos como personas a cargo. En 1990 el número de personas mayores de 60 años a cargo de los trabajadores afiliados a las Cajas era de 230.364. De éstos, sólo el 3.9% ha recibido servicios de bienestar complementarios al subsidio económico.⁶¹⁻⁶²

⁶⁰ Ibid., p 47

⁶¹FUNDACIÓN SANTILLANA PARA IBEROAMÉRICA y otros. Agenda sobre Envejecimiento Colombia siglo XXI – Memorias de un Foro y Bitácora para Futuros Debates. Octubre 1 de 2011.

⁶²DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN. Documento CONPES DNP-3456-DIFP-DDS-PRAP-MINPROTECCION-MINHACIENDA. Bogotá, enero 15 de 2010.

Cuadro 2. Personas que reciben pensiones por edades 2012

EDAD	HOMBRES	PORC%	MUJERES	PORC%	TOTAL	PORC%
0-11	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
12-14.	0,15	0,75%	0,15	0,86%	0,3	0,80%
15-19.	0,07	0,35%	0,17	0,98%	0,24	0,64%
20-24.	0,04	0,20%	0,07	0,40%	0,11	0,29%
25-29.	0,24	1,20%	0,12	0,69%	0,36	0,96%
30-34.	0,06	0,30%	0,18	1,03%	0,24	0,64%
35-39.	0,19	0,95%	0,18	1,03%	0,37	0,99%
40-44.	0,38	1,89%	0,74	4,25%	1,12	2,99%
45-49.	1	4,98%	1,08	6,21%	2,08	5,55%
50-54.	2,67	13,30%	2,36	13,56%	5,03	13,42%
55-59.	4,92	24,50%	5,22	30,00%	10,14	27,05%
60-99.	10,36	51,59%	7,13	40,98%	17,49	46,66%
TOTAL	20,08	100,00%	17,4	100,00%	37,48	100,00%

Fuente: Cálculos Departamento Nacional de Planeación – Dirección de Desarrollo Social – Dirección de Estudios Económicos (DNP-DDS-DEE– 2012)

El mayor porcentaje de personas por sexo que recibe pensión en Colombia son los hombres y lo hacen a partir de los 50 años, con un 4% menos lo hacen las mujeres pero con el mismo periodo de inicio de cobro de pensión

Las políticas de ingresos se han canalizado a través de auxilios y de las acciones hacia el sistema pensional. Los subsidios asistenciales se han brindado a través de la Red de Solidaridad Social con el Programa de Atención Integral al Adulto Mayor, el cual comprende la prestación de servicios básicos y complementarios para los adultos mayores de 65 años y de 50 con discapacidad e indígenas en indefensión, que se encuentran en extrema pobreza o indigencia. Dentro de este programa en materia de discapacidad, se está dando cumplimiento a las normas reglamentarias establecidas desde 1994, al dar prioridad en la atención a las personas mayores de 50 años que han perdido más del 50% capacidad laboral.

La Red de Solidaridad Social desde 1994, ha invertido a la actualidad, cerca de \$286 mil millones, logrando una cobertura promedia anual de población objetivo de 70.000 personas.

Los subsidios de tipo preventivo están a cargo del Fondo de Solidaridad Pensional - FSP. Este subsidia los aportes al régimen general de pensiones de los trabajadores asalariados e independientes del sector rural y del sector informal urbano, las madres comunitarias, los discapacitados con una pérdida de capacidad laboral igual o superior al 50% y, los miembros de las empresas

asociativas de trabajo que no posean los recursos suficientes para realizar la totalidad del aporte.

7.5.7 Base estadística sobre las principales causas de mortalidad y número de población en Colombia. El avance de la transición demográfica y epidemiológica, así como las acciones sociales y de salud dirigidas a mejorar y preservar la salud de la población y el envejecimiento acelerado que experimentan muchos de los países de la región de las Américas, se evidencian con el desplazamiento de la mortalidad hacia las edades avanzadas. La edad de la muerte se va incrementando, y con ello varía el perfil de las causas de defunción. Esta situación se pone de manifiesto al analizar las principales causas de mortalidad por grupos de edad en adultos mayores de las Américas.⁶³

Según las bases de datos sobre mortalidad de la Organización Panamericana de la Salud, que recopilan información detallada de las defunciones registradas por los países de la región, las enfermedades isquémicas del corazón constituyen las principales causas de mortalidad en la población adulta mayor, secundadas por las enfermedades cerebrovasculares, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, la diabetes mellitus y las neoplasias malignas de tráquea, bronquio y pulmón. Estas cinco enfermedades crónicas no transmisibles causaron en el 2008, del 40% de las muertes ocurridas a partir de los 60 años.⁶⁴

Este patrón causal varía al analizar las defunciones según grupos etarios. Entre los adultos mayores más jóvenes (60-69 años), la diabetes mellitus desplaza a las enfermedades cerebro vasculares, situándose en la segunda posición. En estas edades, las proporciones de muertes por cirrosis y otras enfermedades del hígado y neoplasias malignas de tráquea, bronquio y pulmón, superan a las muertes por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores. Las neoplasias malignas ocupan la novena posición entre las primeras veinte causas en este grupo de edad, y la única enfermedad transmisible que se sitúa entre las diez primeras es la influenza y la neumonía.⁶⁵

Con el avance de la edad, la diabetes se mantiene entre las diez primeras causas de muerte, aunque es relegada a la cuarta posición entre los octogenarios y a la séptima después de los 90 años, mientras que las enfermedades cerebro vasculares pasan a la segunda posición a partir de los 70 años. La proporción de muertes por enfermedades neoplásicas va disminuyendo en la medida que avanza

⁶³ OPS – Organización Mundial de la Salud

⁶⁴ Ibid.,p.50.

⁶⁵ Ibid.,p.50.

la edad, sin embargo, causas transmisibles como la influenza y la neumonía ganan importancia, llegando a la tercera posición a partir de los 80 años. Dicha afección provoca alrededor del 3% de las muertes entre los 60 y 69 años, y cerca del 9% en la novena década de vida. En esta etapa, la desnutrición y anemias nutricionales también adquieren relevancia al subir a la décima posición entre las causas de muerte. Asciende también en su contribución a la mortalidad, con el avance de la edad, la demencia y la enfermedad de Alzheimer. En los septuagenarios esta causa de muerte aparece como la número diecinueve y pasa a la novena posición a partir de los 80 años.

El patrón de causas también exhibe diferencias entre sexos. En las mujeres adultas mayores de 60 a 69 años, la proporción de muertes por diabetes mellitus (12.8%) supera a la de muertes por enfermedades isquémicas del corazón (10.2%), ocupando el primer escaño. Causas como la enfermedad hipertensiva, las demencias y las caídas accidentales muestran mayor peso como causa de defunción entre las mujeres, en tanto, las proporciones de muertes por neoplasias de tráquea, bronquio y pulmón, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, la cirrosis y otras enfermedades hepáticas, son más altas entre los hombres.⁶⁶

En la tabla 2 y 3 se presenta la mortalidad proporcional por causas de defunción en adultos mayores de la región. Los datos pueden mostrarse por países, grupos en quinquenales de edad y sexo. Explore el comportamiento de la mortalidad en su país y conozca cuáles son las causas que más contribuyen a ésta entre los diferentes grupos etarios y sexos.⁶⁷

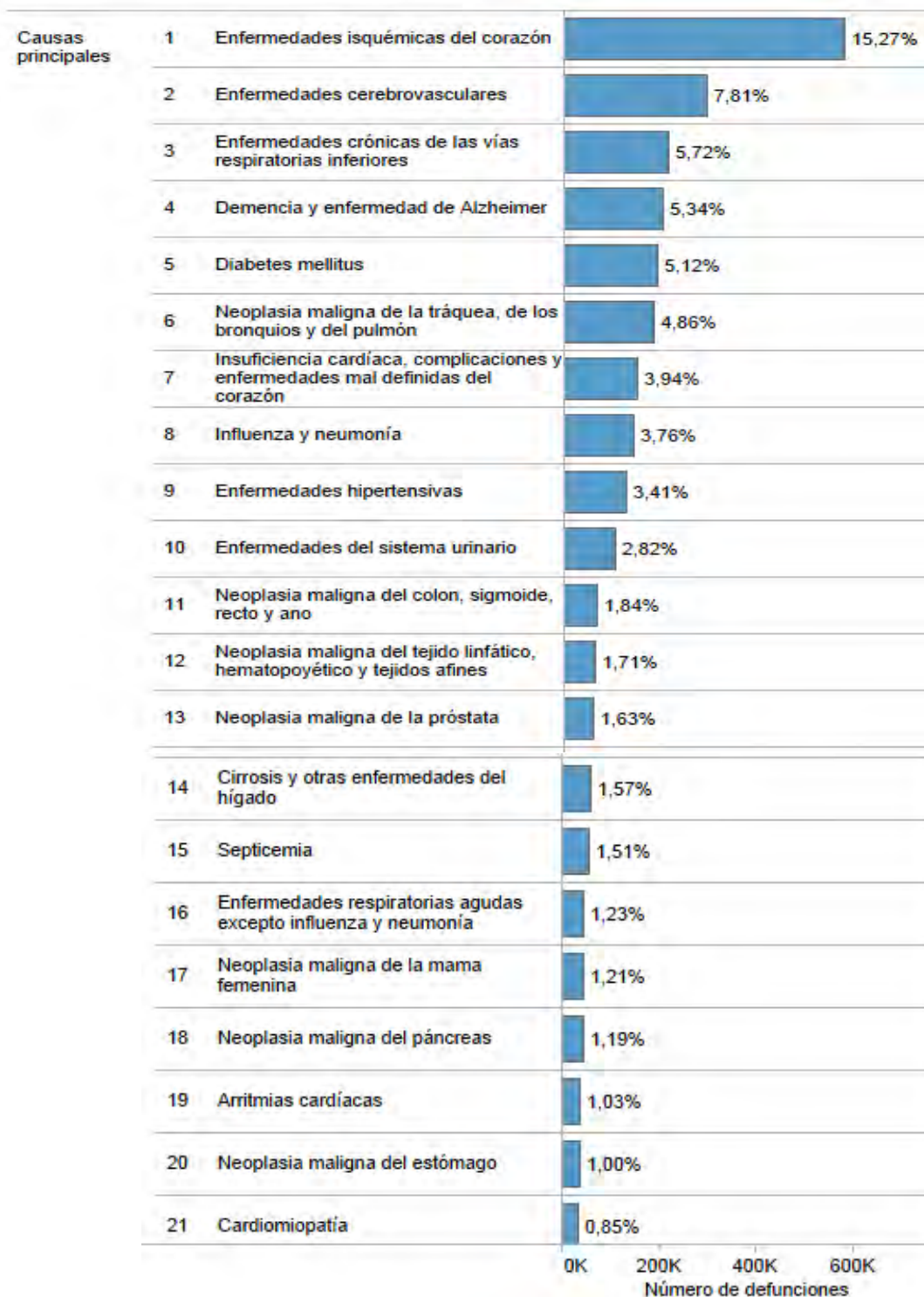
Con el incremento de la expectativa de vida, las muertes en la región seguirán concentrándose en las edades avanzadas. Es por ello que el análisis de las principales causas de defunción de los adultos mayores deviene herramienta fundamental para conocer el estado de salud, las condiciones de vida de este grupo poblacional, para identificar necesidades de cuidados al final de la vida, y para definir intervenciones sanitarias dirigidas a mejorar la sobrevivencia y la calidad de vida de los mismos.⁶⁸

⁶⁶ Ibid., p. 63.

⁶⁷ Ibid., p. 63.

⁶⁸ Ibid., p. 64.

Tabla 3. Causas Principales de mortalidad en adultos mayor de la Población Colombiana



Fuente: OPS – Organización Panamericana de la Salud - 2012

Las causas de mayor porcentaje en la mortalidad de la población adulto mayor la representan las enfermedades cardíacas con un 21.09%, las pulmonares con un 15.57%, seguidas de las neoplasia con un 13.14% y las cerebrales con un 13.15% del total según información de la OPS en el 2012.

El tipo de enfermedad con mayor repetición de eventos en diferentes órganos es el cáncer presentando el 35% de neoplasias diferentes y mortales.

Cuadro 3. Índice de Envejecimiento y Dependencia en Colombia 2012

Departamento	Población Total (1)	Población > 59 años (1)	Población < 15 años (1)	Población en Edad de Trabajar (15 a 59 años) (1)	Población Desplazada Total (2)	Población Mayor Desplazada (2)	Índice de dependencia (personas mayores) (3)	Proporción de población Mayor (4)	Índice de Envejecimiento (5)	Índice de Presión Población mayor (6)
COLOMBIA	46.581.823	4.792.957	12.922.990	28.865.876	3.861.591	340.606	16,60	10,29	0,371	71,06
Antioquia	6.221.817	671.853	1.576.814	3.973.150	696.842	69.412	16,91	10,80	0,43	103,31
Arauca	253.565	17.674	96.122	139.769	46.265	2.438	12,65	6,97	0,18	137,94
Atlántico	2.373.550	228.592	651.335	1.493.623	124.413	16.270	15,30	9,63	0,35	71,17
Bogotá, D.C.	7.571.345	779.534	1.812.485	4.979.326	320.518	17.530	15,66	10,30	0,43	22,49
Bolívar	2.025.573	192.226	618.506	1.214.841	229.666	32.251	15,82	9,49	0,31	167,78
Boyacá	1.271.133	164.340	361.280	745.513	14.826	1.035	22,04	12,93	0,45	6,30
Caldas	982.207	127.941	246.705	607.561	38.884	3.313	21,06	13,03	0,52	25,89
Cauca	459.515	35.660	158.211	265.644	113.017	6.108	13,42	7,76	0,23	171,28
Casanare	337.886	23.436	107.397	207.053	23.457	1.361	11,32	6,94	0,22	58,07
Cesar	991.584	77.987	330.511	583.086	162.479	12.274	13,37	7,86	0,24	157,39
Chocó	485.543	32.707	188.676	264.160	118.694	13.900	12,38	6,74	0,17	424,99
Córdoba	1.632.637	147.542	518.129	966.966	152.679	13.625	15,26	9,04	0,28	92,35
Cundinamarca	2.557.623	271.183	710.353	1.576.087	85.761	6.836	17,21	10,60	0,38	25,21
Huila	1.111.947	105.204	340.546	666.197	96.164	4.841	15,79	9,46	0,31	46,02

Departamento	Población Total (1)	Población > 59 años (1)	Población < 15 años (1)	Población en Edad de Trabajar	Población Desplazada Total (2)	Población Mayor Desplazada	Índice de dependencia (personas mayores)	Proporción de población Mayor (4)	Índice de Envejecimiento (5)	Índice de Presión Población
COLOMBIA	16.963.248	1.778.356	4.806.564	10.378.328	1.516.789	131.731	17,14	10,48	0,370	74,07
La Guajira	874.532	61.775	323.110	489.647	80.733	5.957	12,62	7,06	0,19	96,43
Magdalena	1.223.875	107.918	419.438	696.519	183.896	18.823	15,49	8,82	0,26	174,42
Meta	906.805	78.080	267.839	560.886	133.059	10.741	13,92	8,61	0,29	137,56
Nariño	1.680.795	170.928	497.968	1.011.899	178.238	9.369	16,89	10,17	0,34	54,81
Norte De Santander	1.320.777	128.616	393.358	798.803	111.367	10.888	16,10	9,74	0,33	84,66
Putumayo	333.247	23.280	117.351	192.616	80.185	4.102	12,09	6,99	0,20	176,20
Quindío	555.836	71.187	138.819	345.830	29.411	1.625	20,58	12,81	0,51	22,83
Risaralda	935.910	115.386	233.124	587.400	49.729	3.410	19,64	12,33	0,49	29,55
San Andrés	74.541	6.671	19.313	48.557	71	2	13,74	8,95	0,35	0,30
Santander	2.030.775	230.349	519.300	1.281.126	142.714	11.051	17,98	11,34	0,44	47,98
Sucre	826.780	82.480	253.247	491.053	170.211	27.372	16,80	9,98	0,33	331,86
Tolima	1.396.038	173.473	396.121	826.444	92.758	7.735	20,99	12,43	0,44	44,59
Valle Del Cauca	4.474.369	508.859	1.099.538	2.865.972	225.849	18.881	17,76	11,37	0,46	37,10
Amazonas	73.699	3.509	28.950	41.240	1.085	50	8,51	4,76	0,12	14,25
Gua'nia	39.574	2.303	14.978	22.293	6.142	246	10,33	5,82	0,15	106,82
Guaviare	106.386	6.347	40.318	59.721	24.430	1.145	10,63	5,97	0,16	180,40
Vaupés	42.392	2.893	16.684	22.815	2.152	128	12,68	6,82	0,17	44,24
Vichada	66.917	4.302	27.108	35.507	4.759	206	12,12	6,43	0,16	47,88

Fuente: DANE - Proyecciones de Población para 2012.

- Acción Social -RUPD 2011 [Personas mayores desplazadas, por departa.xls] - Fecha de Corte: 09 Nov 2011
- Índice de dependencia Pob. Mayor = Pob. Mayor / PET
- Proporción de Pob. Mayor = Pob. Mayor / Pob. Total
- Índice de envejecimiento = Pob. Mayor / Pob. Menor
- Índice de presión = Pob. Mayor Despl. / Pob. Mayor * 1000
- $Z = (X - \mu) / \sigma$
- Incentivo positivo si la entidad ejecutó los recursos, si rindió informe de ejecución; Incentivo = 0 si no. 0,03030303

La población total esta cada día más concentrada en las grandes capitales, al 2012, el porcentaje total de estas ciudades suman un 41.30% del total del país, pero son en estas ciudades donde el índice de envejecimiento es menor, son las pequeñas ciudades como las ubicadas en Boyacá y la zona cafetera donde las personas llegan a mayor índice de envejecimiento.

Cuadro 4. 20 primeras causas de mortalidad personas mayores

No. De Orden	COD-CIE 10	DESCRIPCION	Freq	%	Tasa x 100 hbtes
1	I21	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	2331	16,6	510
2	J44	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES OBSTRUCTIVAS CRONICAS	926	6,6	203
3	E14	DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA	488	3,5	107
4	I64	ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO AGUDO NO ESPECIFICADO COMO HEMORRAGICO O	468	3,3	102
5	J18	NEUMONIA ORGANISMO NO ESPECIFICADO	457	3,3	100
6	C34	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS Y DEL PULMON	393	2,8	86
7	C16	TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO	370	2,6	81
8	I67	OTRAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	355	2,5	78
9	C61	TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA	306	2,2	67
10	I25	ENFERMEDAD ISQUEMICA CRONICA DEL CORAZON	290	2,1	63
11	I11	ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA	256	1,8	56
12	I61	HEMORRAGIA INTRAENCEFALICA	251	1,8	55
13	I69	SECUELAS DE ENFERMEDADES CEREBROVASCULAR	222	1,6	49
14	E11	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE	217	1,5	47
15	C18	TUMOR MALIGNO DEL COLON	208	1,5	45
16	I50	INSUFICIENCIA CARDIACA	208	1,5	45
17	N39	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA URINARIO	192	1,4	42
18	C22	TUMOR MALIGNO DEL HIGADO Y DE LAS VIAS BILIARES INTRAHEPATICAS	191	1,4	42
19	K74	FIBROSIS Y CIRROSIS DEL HIGADO	170	1,2	37
20	K92	OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	168	1,2	37
		Subtotal	8467	60,3	1852
		Resto	5573	39,7	1219
		Total	14040	100,0	3071

Fuente: Certificado Individual de Defunción – DANE/Proyección.

Cuadro 5. 20 primeras causas de mortalidad personas mayores

20 PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD PERSONAS MAYORES
VALLE DEL CAUCA AÑO 2009
DE 60 Y ++ AÑOS

Poblacion 457872

No. De Orden	COD-CIE 10	DESCRIPCION	Freq	%	Tasa x 100 hbtes
1	I21	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	2331	16,6	510
2	J44	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES OBSTRUCTIVAS CRONICAS	926	6,6	203
3	E14	DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA	488	3,5	107
4	I64	ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO AGUDO NO ESPECIFICADO COMO HEMORRAGICO O	468	3,3	102
5	J18	NEUMONIA ORGANISMO NO ESPECIFICADO	457	3,3	100
6	C34	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS Y DEL PULMON	393	2,8	86
7	C16	TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO	370	2,6	81
8	I67	OTRAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	355	2,5	78
9	C61	TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA	306	2,2	67
10	I25	ENFERMEDAD ISQUEMICA CRONICA DEL CORAZON	290	2,1	63
11	I11	ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA	256	1,8	56
12	I61	HEMORRAGIA INTRAENCEFALICA	251	1,8	55
13	I69	SECUELAS DE ENFERMEDADES CEREBROVASCULAR	222	1,6	49
14	E11	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE	217	1,5	47
15	C18	TUMOR MALIGNO DEL COLON	208	1,5	45
16	I50	INSUFICIENCIA CARDIACA	208	1,5	45
17	N39	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA URINARIO	192	1,4	42
18	C22	TUMOR MALIGNO DEL HIGADO Y DE LAS VIAS BILIARES INTRAHEPATICAS	191	1,4	42
19	K74	FIBROSIS Y CIRROSIS DEL HIGADO	170	1,2	37
20	K92	OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	168	1,2	37
		Subtotal	8467	60,3	1852
		Resto	5573	39,7	1219

Fuente: Certificado Individual de Defunción – DANE/Proyección.

Cuadro 6. 20 primeras causas de mortalidad

20 PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD
VALLE DEL CAUCA AÑO 2010
DE 60 Y ++ AÑOS

Poblacion 474491

No. De Orden	COD-CIE 10	DESCRIPCION	Freq	%	Tasa x 100 hbtes
1	I21	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	1622	16,0	342
2	J44	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES OBSTRUCTIVAS CRONICAS	631	6,2	133
3	J18	NEUMONIA ORGANISMO NO ESPECIFICADO	381	3,8	80
4	E14	DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA	345	3,4	73
5	I64	ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO AGUDO NO ESPECIFICADO COMO HEMORRAGICO O ISQUEMICO	299	2,9	63
6	C34	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS Y DEL PULMON	260	2,6	55
7	C16	TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO	252	2,5	53
8	I67	OTRAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	231	2,3	49
9	C61	TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA	215	2,1	45
10	I25	ENFERMEDAD ISQUEMICA CRONICA DEL CORAZON	194	1,9	41
11	I61	HEMORRAGIA INTRAENCEFALICA	188	1,9	40
12	I50	INSUFICIENCIA CARDIACA	165	1,6	35
13	N39	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA URINARIO	151	1,5	32
14	E11	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE	149	1,5	31
15	I11	ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA	147	1,4	31
16	C18	TUMOR MALIGNO DEL COLON	138	1,4	29
17	I69	SECUELAS DE ENFERMEDADES CEREBROVASCULAR	136	1,3	29
18	I10	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	132	1,3	28
19	M84	TRASTORNOS DE LA CONTINUIDAD DEL HUESO	122	1,2	26
20	C22	TUMOR MALIGNO DEL HIGADO Y DE LAS VIAS BILIARES INTRAHEPATICAS	120	1,2	25
		Subtotal	5878	57,9	1238
		Resto	4275	42,1	900
		Total	10153	100,0	2138

Fuente: Certificado individual de defunción – DANE/Proyección

Cuadro 7. 20 primeras causas de hospitalización

20 PRIMERAS CAUSAS DE HOSPITALIZACION
VALLE DEL CAUCA AÑO 2010
DE 60 Y ++ AÑOS

No. De Orden	COD_CIE 10	DESCRIPCION	Freq	%
1	J44	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES OBSTRUCTIVAS CRONICAS	1127	7,5
2	N39	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA URINARIO	707	4,7
3	I10	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	630	4,2
4	I50	INSUFICIENCIA CARDIACA	546	3,6
5	R10	DOLOR ABDOMINAL Y PELVICO	497	3,3
6	T88	OTRAS COMPLICACIONES DE LA ATENCION MEDICA Y QUIRURGICA, NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	372	2,5
7	I67	OTRAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	342	2,3
8	J18	NEUMONIA ORGANISMO NO ESPECIFICADO	334	2,2
9	K92	OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	317	2,1
10	L03	CELULITIS	315	2,1
11	N40	HIPERPLASIA DE LA PROSTATA	284	1,9
12	I64	ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO AGUDO NO ESPECIFICADO COMO HEMORRAGICO O ISQUEMICO	277	1,8
13	R07	DOLOR DE GARGANTA Y EN EL PECHO	252	1,7
14	E14	DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA	246	1,6
15	K80	COLELITIASIS	222	1,5
16	N18	INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	222	1,5
17	A09	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	208	1,4
18	I20	ANGINA DE PECHO	183	1,2
19	E11	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE	160	1,1
20	R50	FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO	137	0,9
		Subtotal	7378	49,0
		Resto	7664	51,0
		Total	15042	100,0

Fuente: Registro Individual de Prestación de Servicios

Cuadro 8. 20 Primeras Causas de Hospitalización

SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD
20 PRIMERAS CAUSAS DE HOSPITALIZACION
VALLE DEL CAUCA AÑO 2010
DE 60 Y ++ AÑOS
REGIMEN CONTRIBUTIVO

No. De Orden	COD_CIE 10	DESCRIPCION	Freq	%
1	N18	INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	159	1,1
2	J44	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES OBSTRUCTIVAS CRONICAS	150	1,0
3	N39	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA URINARIO	146	1,0
4	R10	DOLOR ABDOMINAL Y PELVICO	134	0,9
5	I10	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	125	0,8
6	R07	DOLOR DE GARGANTA Y EN EL PECHO	97	0,6
7	I69	SECUELAS DE ENFERMEDADES CEREBROVASCULAR	97	0,6
8	A09	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	93	0,6
9	L03	CELULITIS	59	0,4
10	R50	FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO	58	0,4
11	J18	NEUMONIA ORGANISMO NO ESPECIFICADO	54	0,4
12	R51	CEFALEA	49	0,3
13	R52	DOLOR NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	49	0,3
14	I50	INSUFICIENCIA CARDIACA	44	0,3
15	Z94	ORGANOS Y TEJIDOS TRASPLANTADOS	42	0,3
16	Z71	PERSONA EN CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD POR OTRAS CONSULTAS Y CONSEJOS MEDICOS, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	42	0,3
17	I20	ANGINA DE PECHO	41	0,3
18	C50	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA	40	0,3
19	T81	COMPLICACIONES DE PROCEDIMIENTOS NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	36	0,2
20	K29	GASTRITIS Y DUODENITIS	36	0,2
		Subtotal	1551	10,3
		Resto	2051	13,6
		Total	3602	23,9

Fuente: Registro Individual de Prestación de Servicios

Dentro de las primeras veinte causas de muerte en personas mayores de edad en la población vallecaucana, las enfermedades de mayor índice de mortalidad son las de tipo cardiaco con un 20% del total, en igual proporción están las de tipo cerebral y neoplasias. Las enfermedades pulmonares están en un 10% y otras causas en un 10% para un total de 100% que representan en cifras 3.071 personas.

El total de los resultados obtenidos mediante la estadística de los certificados individuales de defunción en la población del valle del cauca se determina que el 50% de las muertes son causa de las cuatro enfermedades anteriormente mencionadas y porcentualizadas.

Cuadro 9. Recopilación de Información desde el punto de vista legal y económico del actual Sistema de seguridad social y su cobertura al adulto mayor en Colombia

TEMA ANÁLISIS	COLOMBIA
LEGISLACIÓN BÁSICA. 1. Fecha de implantación.	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 29, de 1905. • Ley 53, de 1945. • Ley 77, de 1959 • Decreto 3.041, de 19 de diciembre de 1966.
2. Normas básicas vigentes	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 100, de 1993, y sus Decretos Reglamentarios. • Ley 797 de 2003 y sus Decretos reglamentarios.
APLICACIÓN PERSONAL 3. Personas protegidas.	Trabajadores vinculados con contrato de trabajo o como servidores públicos y trabajadores independientes
4. Requisitos básicos de acceso a la prestación.	<p>Régimen de Prima Media: 55 años de edad (mujer) o 60 (hombre)</p> <p>A partir de 1 de enero de 2014, la edad se Incrementará a 57 años de edad para la mujer y 62 para el hombre.</p> <p>Además, haber cotizado un mínimo de 1100 semanas en cualquier tiempo; desde el 1 de enero de 2006, se incrementa en 25 por cada año hasta llegar a las 1300 en el año 2015.</p> <p>Régimen de Ahorro individual: No se exige edad mínima siempre que el afiliado posea en su cuenta de ahorro individual una cuantía mínima equivalente al 110% el salario mínimo mensual legal. Vigente en el año 1993, actualizado anualmente conforme al IPC.</p> <p>Existen reglas específicas en la prestación con cargo al Fondo de Garantía de Pensión Mínima.</p>
5. Nivel cuantitativo de la prestación.	<p>Régimen de Prima Media:</p> <p>El monto mensual de la pensión correspondiente al número de semanas mínimas de cotización requeridas, será del equivalente al 65%, del ingreso base de liquidación de los afiliados (1).</p>

Cuadro 9. (Continuación)

TEMA ANALISIS	COLOMBIA
	<p>Este monto será un porcentaje que oscila entre el 65 y 55% del ingreso base de liquidación.</p> <p>De los afiliados, en forma decreciente en función de su nivel de ingresos calculado con base en la fórmula señalada.</p> <p>Desde el 2005, por cada cincuenta (50) semanas adicionales a las mínimas requeridas (a 2007 1100 semanas), el porcentaje se incrementará en un 1,5% del ingreso base de liquidación, llegando a un monto máximo de pensión entre el 80 y el 70,5% de dicho ingreso, en forma decreciente en función del nivel de ingresos de cotización, calculado con base en la fórmula establecida</p> <p>El valor total de la pensión no podrá ser superior al ochenta (80%) del ingreso base de liquidación, ni inferior a la pensión mínima.</p> <p>Analizado el documento la información esta hasta 57 años para las mujeres y de 62 años para el hombre, con esta liquidación mínima las semanas requeridas se aplica la fórmula del 65%</p> <p>Existen prima media para grupos especiales como lo reconoce la ley, casos especiales del sistema.</p>
6. Base reguladora de la prestación.	<p>El Ingreso base de liquidación es el promedio de los salarios sobre los cuales ha cotizado el afiliado durante los diez años (10) anteriores al reconocimiento de la pensión o el promedio del ingreso base, ajustado por la inflación calculado sobre el promedio de toda la vida, siempre y cuando se haya cotizado más de 1.250 semanas</p>
7. Actualización.	<p>Las pensiones se actualizan anualmente el 1.º de enero, en función de la variación del Índice de Precios del Consumidor (IPC)</p> <p>Las pensiones iguales al salario mínimo se actualizan con el incremento del salario mínimo o del IPC, el que resulte superior.</p>
8. Compatibilidad con el trabajo.	<p>La pensión de vejez es compatible con cualquier actividad retribuida, pero no podrá cotizarse para una nueva pensión reconocida por el mismo Sistema.</p>

Cuadro 9. (Continuación)

TEMA ANALISIS	COLOMBIA
9. Imposiciones fiscales	Las pensiones están gravadas solo en la parte que excedan de 25 salarios mínimos legales (US\$5.421.25).
NOTAS EXPLICATIVAS	<p>Notas explicativas: (COLOMBIA)</p> <p>(1) Los requisitos básicos para el acceso a la prestación de vejez son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Régimen de Prima Media: <ul style="list-style-type: none"> – Haber cumplido cincuenta y cinco (55) años de edad si es mujer o sesenta (60) años si es hombre. A partir del 1 de enero del año 2014 la edad se incrementará a cincuenta y siete (57) años de edad para la mujer, y sesenta y dos (62) años para el hombre. – Haber cotizado un mínimo de mil (1.000) semanas en cualquier tiempo. A partir del 1º de enero del año 2005 el número de semanas se incrementará en 50 y a partir del 1º de enero de 2006 se incrementará en 25 cada año hasta llegar a 1.300 semanas en el año 2015. • Régimen de Ahorro Individual: <ul style="list-style-type: none"> – No se exige requisitos de edad mínima ni semanas de cotización siempre que el afiliado posee en su cuenta de ahorro individual un monto mínimo equivalente al 110% de un salario mínimo mensual legal vigente en el año 1993 actualizado anualmente por el IPC. – Fondo de Garantía de Pensión Mínima: Los afiliados que a los sesenta y dos (62) años de edad, si son hombres, y cincuenta y siete (57), si son mujeres, no hayan alcanzado a generar la pensión mínima que se garantiza que no podrá ser inferior a un salario mínimo legal, y hubiesen cotizado por lo menos mil ciento cincuenta (1.150) semanas tendrán derecho a que el Fondo de Garantía de Pensión Mínima del Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad, en desarrollo del principio de solidaridad, les complete la parte que haga falta para obtener dicha pensión.

Cuadro 9. (Continuación)

TEMA ANALISIS	COLOMBIA
	<p>A partir del 1° de enero de 2009 el número de semanas se incrementarán en veinticinco (25) semanas cada año hasta alcanzar 1.325 semanas de cotización 2015. A partir del 2018 la edad se aumentará a 62 años para las mujeres y 65 para los hombres Conforme al artículo 10.º de la Ley 797 de 2003, dicho porcentaje se calculará de acuerdo con la fórmula siguiente: $r = 65,50 - 0,50 s$, donde: r = porcentaje del ingreso de liquidación y s = número de salarios mínimos legales mensuales vigentes</p>
<p>1. Características básicas</p>	<p>En la Constitución Política de Colombia de 1991 se define la Seguridad Social como un servicio público permanente y un derecho colectivo, consagrando sus principios rectores, la gestión privada y descentralizada por niveles de atención, con participación de la comunidad.</p> <p>Esta nueva concepción de la Seguridad Social como derecho colectivo y servicio público esencial, que puede ser prestado por el Estado y por los particulares, conforme a los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia, sirvió de base para que se promoviera, a través de la Ley 100, de 1993, la reestructuración administrativa, de gestión y financiera del Régimen de Seguridad Social existente en el país.</p> <p>La Ley 100 de 1993 crea el “Sistema General de la Seguridad Social Integral”, que tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y de la comunidad para obtener la calidad de vida, acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que le afectan. Este Sistema está formado por el conjunto de las entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, y por los regímenes generales establecidos para pensiones, salud, riesgos profesionales y los servicios sociales complementarios.</p> <p>El aspecto sustancial del nuevo Sistema General de Seguridad Social Integral consiste en la eliminación del monopolio del Estado en la prestación de los</p>

	servicios de la Seguridad Social, y el establecimiento
--	--

Cuadro 9. (Continuación)

TEMA ANALISIS	COLOMBIA
	<p>de un sistema competitivo, que permita una mayor equidad, eficiencia y calidad, dando participación al sector privado. Ello implica que cada ciudadano puede elegir voluntariamente la Entidad que le prestara la atención médica o la que le gestionará sus aportes para pensiones.</p> <p>En el año 2002 y 2003 se introdujo en Colombia una reforma al Sistema General de Seguridad Social, por medio de la Ley 789 del 27 de diciembre de 2002 se sanciona el sistema de Protección Social, basado en el Sistema Social de Riesgo, el cual se constituye como el conjunto de Políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de vida de los colombianos, especialmente de los más desprotegidos. Para obtener como mínimo el derecho a: la salud, la pensión y al trabajo. El objeto fundamental, en el área de las pensiones, es crear un sistema viable que garantice unos ingresos aceptables a los presentes y futuros pensionados. En salud, los programas están enfocados a permitir que los colombianos puedan acceder en condiciones de calidad y oportunidad, a los servicios básicos.</p> <p>El sistema debe crear las condiciones para que los trabajadores puedan asumir las nuevas formas de trabajo, organización y jornada laboral y simultáneamente se socialicen los riesgos que implican los cambios económicos y sociales. Para esto, el sistema debe asegurar nuevas destrezas a sus ciudadanos para que puedan afrontar una economía dinámica según la demanda del nuevo mercado de trabajo bajo un Panorama razonable de crecimiento económico.</p> <p>Para su sostenimiento se creó el Fondo de Protección Social, como una cuenta especial de la Nación, sin personería jurídica, adscrita al Ministerio de Protección Social cuyo objeto es la financiación de programas sociales que el Gobierno Nacional defina como prioritarios y aquellos programas y proyectos estructurados para la obtención de la paz.</p> <p>El mismo tiene como fuentes de financiación, a</p>

	saber, los aportes que se asignan del Presupuesto
--	---

Cuadro 9. (Continuación)

TEMA ANALISIS	COLOMBIA
	<p>Nacional, los recursos que aportan las entidades territoriales para Planes, Programas y Proyectos de protección social, las donaciones que recibe, los rendimientos financieros generados por la inversión de los anteriores recursos y los rendimientos financieros de sus excedentes de liquidez y, en general, todos los demás recursos que recibe a cualquier título.</p> <p>En el año 2007 con la Ley 1122 de 2007 se reformaron ciertos aspectos del Sistema General de seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios de los usuarios. Los aspectos ajustados por esta ley son: dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización y mejoramiento en la prestación de servicios de salud ; así como el fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.</p>
2. Campo de aplicación y estructura básica del sistema	El Sistema General de Seguridad Social Integral se compone de los siguientes subsistemas: Pensiones, Salud, Riesgos Profesionales y Servicios Sociales complementarios, cuyas características se analizan en el punto 4.
3. Financiación	<ul style="list-style-type: none"> • En el Sistema General de Pensiones, el porcentaje de cotización para la pensión de Vejez es del 15,5%, calculado sobre el Ingreso Base; las correspondientes cuotas se abonan en las cuentas de ahorro-pensional, en el caso de Fondos de Pensiones. En el caso del Instituto de Seguridad Social (ISS), las cuotas se utilizan para el pago de pensiones de vejez y capitalización de reservas, mediante la constitución de un patrimonio autónomo, destinado exclusivamente a tales finalidades. • Para la financiación de la pensión de Invalidez, la pensión de supervivientes y los gastos de administración del Sistema, incluida la prima del reaseguro con el Fondo de Garantía, el porcentaje de aporte, tanto para el ISS como para los Fondos de Pensiones, es del 3,5%.

--	--

Cuadro 9. (Continuación)

TEMA ANALISIS	COLOMBIA
	<p>El empleador asume el 75% del total de la cotización, y el trabajador el 25% restante. En el supuesto de los trabajadores independientes, ellos mismos son los responsables de la totalidad de la cotización. Los trabajadores afiliados, cuyo salario base de cotización sea igual o superior a cuatro (4) salarios mínimos legales mensuales vigentes, deberán cotizar un (1) punto porcentual adicional, a cargo exclusivo del trabajador, como destino al “Fondo de Solidaridad Pensional”.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La cotización al régimen contributivo de Salud es del 12,5% (desde el 1 de enero de 2007) del ingreso o salario base de cotización, el cual no podrá ser inferior al salario mínimo. La cotización a cargo del empleador será del 8,5% y a cargo del empleado del 4%. Uno punto cinco (1,5) de la cotización serán trasladados a la subcuenta de Solidaridad del FOSYGA (Fondo de Solidaridad y Garantía) para contribuir a la financiación de los beneficiarios del régimen subsidiado. Las cotizaciones que hoy tienen para salud los regímenes especiales y de excepción se incrementarán en cero punto cinco por ciento (0,5%), a cargo del empleador, que será destinado a la subcuenta de solidaridad para completar el uno punto cinco a los que hace referencia. El cero punto cinco por ciento (0,5%) adicional reemplaza en parte el incremento del punto en pensiones aprobado en la Ley 797 de 2003, el cual sólo será incrementado por el Gobierno Nacional en cero punto cinco por ciento (0,5%). • Las aportaciones para Salud son del 12% del salario base de cotización, que no podrá ser inferior al salario mínimo. Un 75% de la aportación está a cargo del empleador, y el 25% restante corre por cuenta del trabajador. Un punto de cotización se destina al Fondo de Solidaridad y Garantía, para contribuir a la financiación de los beneficiarios del Régimen Subsidiado. <p>Por cada afiliado y beneficiaria, la Entidad promotora de salud recibe una “Unidad de Pago por Capitación” –UPC–, que será establecida anualmente por el</p>

	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.
--	--

Cuadro 9. (Continuación)

TEMA ANALISIS	COLOMBIA
	<p>De la cuantía de las cotizaciones de los afiliados, las EPS descontarán el valor de los UPC y destinarán la diferencia al Fondo de Solidaridad y Garantía, si el total de las cotizaciones fuere superior a lo que le correspondería recibir por unidades de pago de capitación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La organización financiera del Sistema establece un enlace financiero y solidario entre los regímenes subsidiado y contributivo, a través del Fondo de Solidaridad y Garantía. • El Fondo de Solidaridad y Garantía cuenta con cuatro (4) subcuentas: la de -solidaridad", la de -Compensación", la de -Promoción" y la de -Cuentas Catastróficas". La cuenta de solidaridad del Fondo usa sus recursos para apoyar el desarrollo del Régimen subsidiado, y su progresiva integración y homogeneización con el Régimen contributivo. • En el sistema General de Riesgos Profesionales, el porcentaje de aportación es variable y se corresponde con la clasificación, efectuada por la Ley, del centro de trabajo o de la empresa del trabajador, o de los diferentes centros, si éstos permiten una diferencia en la actividad que desarrollan, teniendo en cuenta para dicha clasificación los siguientes criterios: actividad económica, índice de Lesiones incapacitantes y cumplimiento de las normas de Salud ocupacional. En este sistema, la totalidad de las aportaciones corren por cuenta exclusiva del empleador • La cuantía de las cotizaciones a cargo de los empleadores no podrá ser inferior al 0,348%, ni superior al 8,7% de la base de cotización de los trabajadores.

--	--

Cuadro 9. (Continuación)

TEMA ANALISIS	COLOMBIA
<p>4. Acción protectora</p>	<p>4.1. Pensiones. El Sistema General de Pensiones se encarga de reconocer y abonar las correspondientes a Vejez o Jubilación, Invalidez y Supervivientes. Igualmente, reconoce y abona la Indemnización sustitutiva de la Pensión y el Auxilio Funerario.</p> <p>Existe un “Fondo de Solidaridad Pensional” que tiene por finalidad complementar las aportaciones del Régimen General de Pensiones de los trabajadores asalariados o independientes del sector rural o urbano, que carezcan de recursos para efectuar la totalidad de las aportaciones. El Sistema está compuesto por dos Regímenes solidarios y excluyentes entre sí: el tradicional del ISS o Régimen Solidario de Prima Media con Prestación Definida y el de los Fondos Privados de Pensiones o Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad.</p> <p>En el Régimen de Prima Media con Prestación Definida, las aportaciones de los afiliados y sus rendimientos constituyen un fondo común de naturaleza pública, que garantiza el pago a los beneficiarios de la pensión de vejez, de invalidez o de supervivientes, o una indemnización sustitutiva, previamente definida. El Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad está basado en el ahorro proveniente de las cotizaciones y de sus respectivos rendimientos financieros y la garantía de la pensión mínima.</p> <p>Los afiliados tienen derecho al reconocimiento y abono de las pensiones de vejez, invalidez y supervivientes, así como a las indemnizaciones sustitutivas, cuyas cuantías dependen de las aportaciones que hagan los afiliados y, en su caso, sus empleadores, y de los correspondientes rendimientos financieros.</p>
<p>4.2. Salud</p>	<p>Todas las personas participan en el servicios público esencial de salud que otorga el Sistema General de Seguridad Social en Salud: unos, en su condición de personas afiliadas al Régimen Contributivo (las personas vinculadas por un contrato de trabajo, los servidores públicos,</p>

Cuadro 9. (Continuación)

TEMA ANALISIS	COLOMBIA
	<p>los jubilados y los pensionistas, así como los trabajadores independientes con capacidad de pago); otros, a través del Régimen Subsidiado, que incluye a las personas sin capacidad de pago para cubrir la cuantía total de las cotizaciones.</p> <p>El Sistema General de Seguridad Social en Salud crea las condiciones de acceso a un plan obligatorio de salud, para todos los habitantes del territorio nacional. Este plan permite la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad, en general, en los ámbitos de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, en función del uso y de los niveles de atención y complejidad que se definan. Además, tiene a su cargo el pago del subsidio en dinero de Incapacidad por enfermedad común y de licencia por maternidad, en favor de los afiliados.</p> <p>Las Entidades Promotoras de Salud –EPS– constituyen el núcleo de gestión básico del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Tienen a su cargo la promoción de la mejora del estado de salud de sus afiliados, garantizando las prestaciones de los servicios de salud, definidos en el plan obligatorio de salud, el cual está regido por los criterios de integridad, eficacia y calidad, libertad, competencia y eficiencia. Las EPS son también el centro financiero debido a que recaudan la cotización, descuentan la captación correspondiente a cada uno de los afiliados y administran el plan de salud para éstos mediante la prestación directa o la contratación de servicios con otros agentes.</p> <p>Se garantiza a toda la población colombiana la atención en las situaciones de urgencia de aquellos pacientes de accidentes de trabajo y siniestros catastróficos. Los beneficios que otorga se relacionan con el pago de la atención hospitalaria y quirúrgica, indemnización por incapacidad permanente y muerte, gastos funerarios y costes de transporte del herido al centro asistencial.</p>

Cuadro 9. (Continuación)

TEMA ANALISIS	COLOMBIA
4.3. Riesgos Profesionales	<p>El Sistema General de Riesgos Profesionales es el conjunto de Entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, destinados a prevenir, proteger y atender a los trabajadores de los efectos de las enfermedades profesionales y los accidentes de trabajo, que pueden acaecer con ocasión o como consecuencia de la actividad que desarrollan.</p> <p>Este Sistema sólo puede ser gestionado por el Instituto de Seguros Sociales y las Entidades aseguradoras de vida, que obtengan autorización de la Superintendencia Bancaria para la explotación del ramo de Seguros de Riesgos Profesionales.</p>
4.4. Servicios Sociales complementarios	<p>Se ha establecido un programa de auxilio en favor de las personas de edad indigentes, que tiene por objeto apoyar económicamente y hasta el 50% de la cuantía del salario mínimo legal mensual vigente. El programa es financiado entre el Estado y las Entidades territoriales. El “Consejo Nacional de Política Económica y Social” (CONPES) determina, anualmente, los recursos requeridos por el programa de auxilios a las personas de edad indigentes, de conformidad con los objetivos de ampliación de la cobertura, a cuyo fin el “Fondo de Cofinanciación para la Inversión Social” (FIS) cofinancia el programa.</p> <p>Los Municipios o Distritos deberán garantizar la infraestructura necesaria para la atención de los ancianos indigentes y la elaboración de un Plan municipal en favor de la tercera edad, como parte integral del Plan de desarrollo municipal o de distrito. La Ley autoriza a las Entidades Territoriales a que creen y financien, con cargo a sus propios recursos, planes de subsidio al desempleo.</p>

Fuente: Los cuadros y modelos OISS: Banco de Información de los Sistemas de Seguridad Social Iberoamericanos - 2012 (BISSI 2012)

Colombia presenta una organización en el sistema de seguridad social en sus primeras etapas” El régimen subsidiado en salud, que utiliza como mecanismo de

focalización el Sistema de Identificación de Beneficiarios (SISBEN), actualmente tiene más de 20 millones de beneficiarios de los cuales cerca de 90% corresponden a población entre 15 y 65 años (Datos DNP, 2005)” situación que la hace generadora de nuevos proyectos sociales para las administraciones de los próximos gobiernos, donde la población anteriormente no estaba culturizada en el tema de la auto cotización para asegurar su vejez sino que está siempre era otorgada por las grandes empresas del estado y muy pocas privadas. El contexto mundial muestra una economía auto sostenible de cada país por lo cual se entra a la era de los fondos de pensiones donde hoy en día cualquier colombiano de cualquier estrato social y edad puede cotizar mensual y por semanas su pensión y asegurar su vejez.

Antes de la Ley 100 de 1993 existía un modelo de salud de carácter público, en el cual el Ministerio de Salud transfería los recursos a direcciones seccionales que además de administrar recursos, planificar y nombrar el personal, vigilaban y controlaban las actuaciones de los hospitales universitarios y regionales, generando altos costos burocráticos, nóminas paralelas y un grave conflicto de intereses, ya que una misma entidad podía ser juez y parte de un proceso de control.

Con la puesta en marcha de la Ley 100 se da un cambio trascendental a la administración y prestación del servicio en Colombia. Con el fin de brindar mayor y mejor eficiencia al sistema, se estableció que instituciones tanto públicas como fondos privados pudieran administrar y prestar el servicio de salud. De acuerdo con su función y alcance, éstas instituciones se clasifican en: entidades territoriales de salud, entidades administradoras de planes y beneficios o (EAPB), las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP), Instituciones Prestadoras de Servicio (IPS) y Empresas Sociales del Estado (ESE).

Actualmente existen serias dificultades que han puesto en jaque el actual sistema. Para algunos expertos la solución radica en acabar con la intermediación del servicio, es decir las EPS, ya que generan altos costos de transacción, intermediaciones innecesarias y desviación de recursos. Adicionalmente, otros consideran que la solución está en analizar quién debe ejercer la función de compra y prestación de servicios con exposición al riesgo; mientras para otros se deben corregir los problemas financieros preservando la esencia del modelo actual.

El actual sistema colombiano general de pensiones presenta un desequilibrio en su financiamiento a corto y largo plazo debido a que solo un porcentaje muy bajo

de la población cotiza a los fondos, la gran mayoría son excluidos del sistema debido al mismo sistema laboral colombiano donde las personas de bajo recursos no pueden tener la posibilidad de educarse para tener un buen empleo o al menos uno que garantice los pagos de ley, la gran mayoría acude al mercado del empleo informal o el grupo familiar sostiene a los miembros del grupo.

No existe continuidad en el pago de pensiones, cuando un empleado es cotizante asegura el ingreso por un periodo estable para él y los demás que dependen del fondo, cuando es despedido este flujo queda en cero y pierde su periodicidad para el sostenimiento de los demás, situación que hace que el ahorro individual en general sea mínimo y poco participativo.

Algunos sistemas a evaluar en el tema de pensiones lo tiene el país de Chile en donde se implementó la Reforma Previsional que crea un Sistema de Pensiones Solidarias basado en la equidad, fortalece el rol público del Estado y perfecciona el mercado de las AFPs.

De esa manera, son beneficiarios de una Pensión Básica Solidaria de Vejez las personas mayores de 65 años, el nuevo sistema se basa en tres pilares; un pilar solidario, mediante el cual el Estado financia las pensiones de las personas que no logran acceder a ésta y complementa las pensiones de aquellos que no lograron acumular lo suficiente. Es importante aclarar que esta pensión no requiere de contribuciones y es financiada por los ingresos de los impuestos generales; un pilar voluntario; y un pilar contributivo de capitalización individual. La aplicación del sistema es gradual, lo que permite que sus productos vayan aumentando con el tiempo y beneficiando a un número cada vez mayor de personas. Cálculos del BID estiman que para el año 2025, se espera que la nueva reforma beneficie a aproximadamente 1.300.000 jubilados de bajos ingresos. El sistema pensional Chileno es bastante parecido a lo que se está proponiendo para Colombia. El punto importante es que ya se ve una tendencia a nivel internacional a implementar un sistema de tres pilares. La gran pregunta es qué tipo de modelo económico sostiene este nuevo sistema general de pensiones para Colombia.

8. CONCLUSIONES

En los últimos años existe un cambio de horizonte en el tema de la protección y amparo de la población de la tercera edad en el mundo, Latinoamérica y Colombia mediante los congresos Iberoamericanos y mundiales. La comunidad internacional entendió la complejidad y rapidez del fenómeno del envejecimiento en la población mundial y la necesidad de que existiera una base y un marco de referencia comunes para la protección y promoción de los derechos de las personas de edad, incluida la contribución que ellas pueden y deben aportar a la sociedad.

Para implementar el nuevo modelo económico que pueda sostener los tres pilares de la sostenibilidad del régimen de pensiones, se requiere no solo un cambio en el sistema de pensión y salud sino un cambio de economía total del país y solo de esta forma la región se disponga a enfrentar el desafío que esto acarrea en los aspectos sociales, económicos, culturales y políticos.

El incremento de la población de la tercera edad requiere de atenciones cada vez mayores, por lo que faltan medios y recursos socio-sanitarios. Para alcanzar una longevidad satisfactoria debe lograrse un envejecimiento saludable, estilos de vida satisfactorios, mantenimiento de las reservas funcionales, prevención de enfermedades y discapacidades, y una sociedad más amigable con las personas de edad.

En Colombia y Latinoamérica, se está viviendo un proceso de crecimiento de la población de tercera edad, principalmente por el aumento en la expectativa de vida y la disminución de la tasa de natalidad. Este nuevo fenómeno sin símiles a nivel mundial, dado su gran velocidad, impone nuevos desafíos para el Estado.

Los administradores del sector central del gobierno y su función en el estado son quienes deben crear políticas públicas que satisfagan las nuevas necesidades que surgirán de este sector de la población. Dos problemas son los que principalmente aquejan a este sector. Primero, la soledad en que deben afrontar este proceso, principalmente las mujeres ya que, son ellas quienes tienen mayor expectativa de vida y en segundo lugar la pobreza en que vive un porcentaje de adultos mayores

El sector salud puede fijar nuevas metas en el desarrollo de los programas de promoción y prevención del adulto mayor, mediante la recopilación de datos se encontró que las enfermedades de mayor aumento y mortalidad en la población del Valle del Cauca son las de tipo cardiaco, pulmonar y neoplasias, todas estas se puede afrontar mediante planes de prevención y control a la población a una edad temprana y así evitar su detección tardía.

Las entidades de apoyo de enseñanza, capacitación y auto sostenimiento que tiene actualmente el gobierno pueden fomentar la vinculación de personas de la tercera edad en sus programas, situación que hace fomentar el nivel de vida y de longevidad de la sociedad al ser tenidos en cuenta como elemento del motor económico del sistema y no ser excluidos de ellos

Las culturas orientales en su escala social solo permiten la toma de decisiones a las personas de mayor edad por su conocimiento y experiencia, por lo cual su nivel de vida es mayor y dinámico dentro de la sociedad, nuestra región tiene la tarea de tomar estas experiencia y buscar que los índices en el campo laboral de la tercera edad sea de mayor representación y no ser excluidos del sistema, parte de estos retos sugieren que la familia, la sociedad y el Estado garanticen las condiciones de vida adecuadas a los individuos durante todo su ciclo vital, de tal manera que permita a las personas reconocer el envejecimiento individual y poblacional, al igual que proyectar una vejez saludable, después de los 60 años de edad, lograr el ejercicio de una vejez activa, reconocida y valorada socialmente.

En este sentido, se plantean una serie de estrategias que buscan brindar los medios para el mejorar la calidad de vida de la población actual y futura en general y en particular de la mayor de 60 años y adicionalmente, incorpora herramientas encaminadas enfrentar el proceso de transición demográfica y epidemiológica, en la generación de políticas públicas de salud, en el establecimiento de modelos de atención en salud, y, la garantía de acceso efectivo a medios económicos y su sostenibilidad mediante el mejoramiento de las capacidades de los trabajadores y la formalización del empleo, así como mecanismos que minimicen los patrones socioculturales negativos frente al imaginario colectivo de la vejez.

BIBLIOGRAFÍA

Análisis Propio - Boletín de Envejecimiento de la OMS de 2012

Análisis propio al documento Marco legal y de políticas en favor de las personas mayores en América Latina - Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE, División de Población de la CEPAL)

ARANGO, Victoria Eugenia. Dilemas Éticos en la enfermedad de Alzheimer. Tesis de Grado Maestría Bioética Clínica. Universidad El Bosque. Pág. 32

BAÑON, Rafael; CARRILLO, Ernesto. La nueva administración pública. [en línea]. Disponible en: www.usal.es/~dpublico/areacp/materiales/6.3.nuevasperspectivas.pdf

BARNET, Astrid. El adulto mayor nunca envejece en Cuba. [En línea]. Publicada el 19 de mayo de 2008. Disponible en: <http://www.radiorebelde.cu/noticias/ciencia/ciencia1-190508.html>

BERLINGUER, Giovanni. Bioética Cotidiana. Primera edición. Ed. Siglo Veintiuno editores. Florencia. 2000 Pág. 93

CASTANEDO P., Cristina; GARCÍA HERNÁNDEZ, Misericordia; NORIEGA B., María José; QUINTANILLA MARTÍNEZ, Manuel. Consideraciones Generales sobre el envejecimiento. [En línea]. Disponible en: [http /www.arrakis.es/ seegg/pdf libro/cap.1.pdf](http://www.arrakis.es/seegg/pdf/libro/cap.1.pdf)

CASTANEDO PFEIFFER, Cristina. Consideraciones generales sobre el envejecimiento. Universidad de Cantabria Consideraciones generales sobre el envejecimiento.

CASTANEDO PFEIFFER, Cristina; SARABIA COBO, Carmen María. Enfermería en el Envejecimiento. [en línea]. Disponible en: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/enfermeria-en-el-envejecimiento/materiales/temas-pdf/Tema%201%20Biologia%20del%20envejecimiento.pdf>

CEJA MENA, Concepción. La política social mexicana de cara a la pobreza, Geo Crítica Scripta Nova, Revista electrónica de geografía y ciencias sociales, Universidad de Barcelona, Vol. VIII, núm. 176, 1 de noviembre de 2004, p. 1

CELADE/CEPAL/UNFPA/OPS/BID/OIT. Reunión de Expertos sobre Envejecimiento en países de América del Sur. Seguimiento de la Estrategia Regional para la implementación del Plan Internacional sobre el Envejecimiento Madrid 2002. Los Movimientos Sociales y la Participación Social de las personas Mayores Buenos Aires, noviembre 14-15 de 2005. Pág. 3

DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN. Documento CONPES DNP-3456-DIFP-DDS-PRAP-MINPROTECCION-MINHACIENDA. Bogotá, enero 15 de 2010.

En 1991, en Bogotá, la Caja Colombiana de Subsidio Familiar – COLSUBSIDIO

FUNDACIÓN SANTILLANA PARA IBEROAMÉRICA y otros. Agenda sobre Envejecimiento Colombia siglo XXI – Memorias de un Foro y Bitácora para Futuros Debates. Octubre 1 de 2011.

GERICUBA. Red Cubana de Gerontología y Geriatria. [en línea]. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/gericuba/>

Inicia su desarrollo con el nombre de Revivir, hoy en día se identifica como el Programa de Atención Integral para Adultos Mayores.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

INSTITUTO TECNOLÓGICO DE ANTIOQUIA. Universidad Católica de Oriente (Antioquia). Universidad del Quindío, Universidad de Caldas en Manizales, Universidad San Buenaventura de Cali y Bogotá.

MARTI, José. Caracterizar la calidad de vida de los adultos mayores del Grupo Básico de Trabajo Villa I (Cuba). [en línea]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos94/caracterizar-calidad-vida-adultos-mayores->

del-grupo-basico-trabajo-villa-i-cuba/caracterizar-calidad-vida-adultos-mayores-del-grupo-basico-trabajo-villa-i-cuba.shtml#ixzz2qlwRIA9X

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Pontificia Universidad Javeriana. Envejecer en Colombia: aportes para una política en vejez y envejecimiento. Bogotá: El Ministerio, PUJ, 2009.

MINISTERIO DE SALUD Y LA PROTECCIÓN SOCIAL. Política nacional de envejecimiento y vejez. [en línea]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Documents/POLITICA%20NAL%20DE%20ENVEJECIMIENTO%20Y%20VEJEZ.pdf>

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Directriz de enfoque diferencial para el goce efectivo de derechos de las personas mayores en situación de desplazamiento forzado. [en línea]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Lineamientos/Lineamientos-%20Directriz%20Persona%20Mayor%20en%20Desplazamiento.pdf>

VARGAS, I.; VÁSQUEZ, M. L.; JANE. Equidad y Reformas de los Sistemas de Salud en Latinoamérica. Cuadernos de Salud Pública. Río de Janeiro 18, (4) 928 julio agosto de 2002